

Universidad Central “Martha Abreu” de Las Villas.

Facultad de Psicología.



Trabajo de Diploma

Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes con VIH.

Autor: Yaimy Crespo Martell.
Dailys Suárez Iglesias.

Tutor: M.Sc. Arelys de la Caridad Peñate Gaspar.

Asesor: Dr. C. Ricardo Grau Abalo.

Santa Clara
2007

Introducción

La Inteligencia Emocional (IE) constituye la forma en que diferentes habilidades mentales, para usar y manejar las emociones propias y ajenas, pueden incrementar la probabilidad de adaptación exitosa de una persona a las diferentes circunstancias cambiantes que se presentan en la vida diaria. Aparece vinculada con todos los aspectos de la vida psicológica y trasciende las fronteras de la individualidad, siendo relevante en las relaciones humanas.

Según Goleman: *“El término de Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”*. (Goleman, 1995, p.25).

El tema de la Inteligencia Emocional (IE) toma auge en la década del 90 y en la actualidad constituye un eje central en diversos ámbitos: educación, arte, política, empresas y salud, donde se muestra como un potencial salutogénico.

Varios autores han teorizado que la inteligencia emocional puede llevar a grandes sentimientos de bienestar emocional y por tanto a tener mejor perspectiva de la vida. El desarrollo de la inteligencia emocional se asocia con menor depresión, mayor optimismo y una mejor satisfacción con la vida.

Un desempeño emocional inteligente en la vida es un factor protector ante eventos desconcertantes. Como señalara Goleman:

“Desde la perspectiva de la inteligencia emocional, abrigar esperanzas significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrente a desafíos o contratiempos. (...) el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad. Y, al igual que la esperanza, su prima hermana, (...) reporta beneficios en la vida (...).”(Goleman, 1995, p.113-114).

A su vez la Inteligencia Emocional contribuye a prevenir la enfermedad y facilita la utilización de estrategias de afrontamiento acertadas para hacer frente a la misma, favoreciendo la recuperación, y en el caso de enfermedades irreversibles, mejorando la salud y la calidad de vida de las personas.

Por ello se busca hacer un llamado a las Ciencias Biomédicas para que saquen mejor provecho del papel de las emociones en el proceso salud-enfermedad. Como refiere Goleman:

“Ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos perturbadores ---la ira, la ansiedad, la depresión, el pesimismo y la soledad--- es una forma de prevención de la enfermedad. (...) Muchos pacientes pueden beneficiarse notablemente cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas.” (Goleman, 1995, p.219).

Precisamente el estudio de la Inteligencia Emocional en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es novedoso tanto en el ámbito internacional como nacional, pero muy necesario, dado el impacto e incremento que ha tenido esta infección en la población mundial.

El VIH conlleva al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que se caracteriza fundamentalmente por la progresión de síntomas, secundarios al deterioro del sistema inmunológico.

A causa del impacto del diagnóstico de seropositividad, los pacientes experimentan importantes alteraciones en su estado de ánimo, estrés, ansiedad, depresión, etc. Las percepciones y representaciones de un “futuro incierto”, las vivencias negativas que lo acompañan y el no disponer de suficientes redes de apoyo para hacer frente a este evento, son preocupaciones muy reiteradas en estas personas.

De manera general en los sujetos afectados por el VIH, tanto en sus fases iniciales como en la fase terminal (donde aparece el SIDA) los aspectos psicológicos, físicos, sociales y existenciales se ven claramente alterados, con repercusiones negativas para su salud y su calidad de vida.

Es interesante como algunos autores que han abordado el VIH, han destacado la importancia de desarrollar habilidades en estos sujetos que permitan una mejor adaptación a la “condición permanente” a la que se enfrentan, con el fin de mejorar su calidad de vida. Y para esto requieren por supuesto de una mejor estructuración de su Inteligencia Emocional.

Cabe preguntarse entonces: ¿Cómo una mejor estructuración de la IE contribuye a mejorar la salud de estas personas?

La respuesta a esta interrogante no se queda a un nivel empírico, pues numerosas investigaciones en la Psiconeuroinmunología han demostrado

cómo las variables psicológicas, esencialmente las emociones, son capaces de modular hasta cierto punto las respuestas del sistema inmunitario, tanto en el sentido de la inmunocompetencia como de la inmunosupresión, todo lo cual cobra una importancia capital cuando se trata de personas afectadas por el VIH, quienes precisamente son las que tienen más cuestionada la acción de su sistema inmunitario.

Así pues, los pacientes con menor desarrollo de su IE son más propensos a sufrir emociones negativas como el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, entre otras. Estas emociones negativas debilitan la eficacia de las células inmunológicas y están relacionadas con el descenso de dicha actividad, manifestada por una disminución de la respuesta de linfocitos ante diferentes mitógenos, así como una menor cantidad de células T, B, o linfocitos granulares en sangre. Cuanta mayor reactividad simpática se muestre ante condiciones de estrés, mayor grado de inmunosupresión se producirá ante dicha situación estresora.

En cambio, una buena estructuración de la inteligencia emocional, provee emociones positivas que producirán un impacto favorable en el sistema inmunológico. En el caso de las personas que viven con VIH, el desarrollo de la IE puede prevenir un diagnóstico precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a la vez que favorece adecuados niveles de autoestima, estados anímicos positivos (Schutte 2002) y una mejor satisfacción con la vida.

El VIH se ha convertido en una pandemia temible, en la que los índices a nivel mundial son elevadísimos. En Cuba hasta el 2006 la incidencia de casos era la menor de América (0.07), sin embargo la provincia de Villa Clara es la segunda del país en este indicador (precedida por Ciudad de La Habana) y el municipio de Santa Clara es el más afectado por el número de casos diagnosticados: 425 (de ellos fallecidos 160).

Teniendo en cuenta el potencial salutogénico de la IE y las ventajas que aporta en la medida en que favorece un mejor funcionamiento inmunológico, se decide investigar su estructuración en los pacientes con VIH, estableciendo una relación entre la estructura de la misma y la salud de estos pacientes, de modo que la presente investigación contribuya a una atención psicológica más integral basada en potenciar la Inteligencia Emocional, favoreciendo en estas

personas una adecuada movilización de recursos psicológicos y de afrontamiento que garanticen su calidad de vida.

Partiendo de los argumentos antes expuestos a continuación se presenta el problema y los objetivos de la presente investigación:

¿Qué particularidades presenta la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes con diagnóstico de VIH del municipio de Santa Clara?

- Objetivo general:

Determinar las particularidades de la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes con diagnóstico de VIH del municipio de Santa Clara.

- Objetivos específicos:

1. Precisar si existen diferencias en la expresión de la estructura de la Inteligencia Emocional en un grupo de pacientes con diagnóstico de debut y otro similar con una evolución de más de un año.

2. Describir la relación entre los componentes de la Inteligencia Emocional y las principales variables sociodemográficas.

3. Comprobar si la expresión de los elementos que conforman la inteligencia emocional se correlacionan con niveles de depresión, ansiedad, salud mental, satisfacción vital y rumiaciones del pensamiento.

La inteligencia emocional.

1.1 Emociones. Su importancia en el estudio de la Inteligencia Emocional.

A las emociones les corresponde un rol decisivo en el ajuste psicológico de cada ser humano y constituyen un eslabón importante en el desarrollo de cada personalidad. Todo proceso psicológico encierra una experiencia emocional, de ahí que saber manejar las emociones está directamente asociado a la capacidad de autorregulación de la personalidad y por ende a su desarrollo. La regulación emocional engloba un conjunto de habilidades como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia y la empatía que determinan el que una persona sea más inteligente que otra. O sea, emocionalmente se es más competente en la medida en que hay una mejor estructuración de la Inteligencia Emocional (IE). *“La clave está en utilizar las emociones de forma inteligente que es precisamente lo que queremos decir con inteligencia emocional...”* (Cortese, 2003).

De ahí que para comprender qué es la Inteligencia Emocional, se debe partir de qué son las emociones y sus relaciones con este constructo teórico.

La raíz de la palabra *emoción* es *motere*, el verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

El interés de la Psicología y otras ciencias afines por las emociones tiene sus fundamentos en los planteamientos de Darwin desde la biología, Cannon desde la fisiología, William James desde la psicología. Sin embargo no es hasta hace algunas décadas que la investigación experimental en torno a las emociones ha emergido con fervor desde la Psicología de la Emoción, aunque la misma enfrenta grandes retos teóricos y experimentales.

Una de las cuestiones teóricas actuales más relevantes, al mismo tiempo que más controvertidas, en el estudio de la emoción es la existencia, o no, de emociones básicas, universales, de las que se derivarían el resto de reacciones afectivas.

Sin dudas las teorías actuales de la emoción están influenciadas por el cognitivismo. Así se plantea en la literatura que es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de movilizar los recursos a su alcance para controlar la situación (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Intentar una definición conceptual de emoción no es tarea fácil, cuando son tantas y tan diversas las definiciones existentes. Algunos autores consideran las emociones como un proceso, otros la definen como una respuesta (en este sentido se destacan Darwin (1782) y James (1884-1885) con su Teoría de la Identidad), sin embargo sus connotaciones adaptativas se ponen de manifiesto en ambos casos.

El carácter funcional de las emociones no solo está referido a su función adaptativa. Las emociones en tanto proceso, poseen además una función biológica, social y motivacional.

Desde el punto de vista biológico, las emociones preparan al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. La función social de las emociones, permite predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal, ya que se generan actitudes que condicionan a estas conductas. Según Chóliz (2005), algunas emociones positivas como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que otras como la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. La función motivacional refiere como la emoción le impregna energía a la conducta motivada y la conduce en la actividad de un modo más o menos eficaz para alcanzar los fines. Refiriéndose a esta relación Chóliz plantea:

“... se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad.” (Chóliz, 2005).

Este autor concibe la emoción como una experiencia multidimensional con al menos tres dimensiones, cada una de las cuales puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada y hace referencia a que en muchas ocasiones, las

diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a dichas dimensiones. Define la emoción como:

“...una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.” (Chóliz, 2005).

Tomando en cuenta las definiciones anteriores y el valor de las mismas en su contribución a la Psicología de la Emoción se considera que las emociones son procesos psicológicos básicos de carácter funcional y dinámico, que le permiten al sujeto una activación psicológica para afrontar determinados estímulos (cualquiera que sea su naturaleza o cualidad) en aras de lograr una adaptación al medio (entendido este no solo como ambiente físico, sino también psicológico y social), traducida esta en un equilibrio biopsicosocial. Su funcionabilidad depende del modo en que ocurre dicha activación, determinando el ajuste psicológico del sujeto para adaptarse, más allá de la cualidad misma del estímulo, e implicando las dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual.

El modo de expresión y regulación de las emociones adquiere un matiz individual. Cada sujeto experimenta una emoción o varias, de forma particular, con una diferente cualidad, lo cual depende de su historia vital, o sea, de sus experiencias anteriores, del aprendizaje logrado, de su personalidad, de su SNC y de la situación concreta que esté afrontando, ello sin descartar la influencia que ejercen el medio social y la cultura.

Los criterios de Goleman acerca del término emoción ponen de manifiesto la idea anterior, cuando el autor señala:

“(...) son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. (...)Estas tendencias biológicas a actuar están moldeadas además por nuestra experiencia de la vida y nuestra cultura. (...)” (Goleman, 1995, p.24, 26).

El proceso emocional, va a estar mediatizado por la evaluación que hace el sujeto del estímulo, o sea, por el significado que le otorgue al mismo, así como por la selección de los estilos de afrontamiento ante dichas emociones, condicionados histórico-culturalmente, lo cual influye en el grado de

adaptabilidad de la misma. Las emociones son esenciales en la autorregulación de la personalidad, cuando se aprende a usarlas acertadamente proveen una inteligencia capaz de conducirnos con éxito en todas las facetas de la vida y en las relaciones sociales. La funcionabilidad del proceso emocional va a estar directamente influenciado por el desarrollo de la Inteligencia Emocional. De ahí la importancia de su estudio.

1.2 Antecedentes, precursores y modelos en el estudio de la Inteligencia Emocional. Emergencia inminente del constructo.

El estudio de la inteligencia constituye un pilar esencial para comprender y promover las posibilidades del ser humano. A través de su desarrollo filogenético el hombre ha demostrado su carácter creciente e innovador, en un inicio adaptándose y sobreviviendo a las contingencias ambientales y posteriormente creando un medio social más complejo, en el que ser competentes requiere un tipo de inteligencia excepcional.

El término “inteligencia” generalmente aparece asociado al éxito en la realización de una actividad, o sea, ajustado a un criterio de valor en tanto a lo que es exitoso o no. Pero lo más característico en el estudio de la inteligencia es que se ha basado en establecer “diferencias individuales” para explicar por qué unas personas son más exitosas que otras.

Los primeros estudios entorno a la inteligencia dan lugar a la denominación de “coeficiente intelectual” (CI). Sin embargo esta concepción tradicional muestra sus limitaciones en primer lugar porque asocia la inteligencia esencialmente a la esfera académica e intelectual, lo que conlleva a una segunda insuficiencia: obvian que las emociones también proveen inteligencia.

La polémica suscitada por los enfoques centrados en el CI, origina nuevas propuestas teóricas que evolucionan desde un enfoque meramente psicométrico a otro más humanista que se centra en el papel de las emociones en la regulación de la personalidad.

Así aparecen con gran auge en la actualidad los términos “Inteligencia Emocional” y “Coeficiente Emocional”, pues un gran número de psicólogos e investigadores cuestionan la eficacia de un elevado CI para desempeñarse con

éxito en la vida, donde las aptitudes emocionales parecen ser determinantes. Como señalara Goleman:

“(...) la inteligencia académica poco tiene que ver con la vida emocional. Las personas más brillantes pueden hundirse en los peligros de las pasiones más desenfrenadas y de los impulsos incontrolables; personas con un CI elevado pueden ser pilotos increíblemente malos de su vida privada (...). Mi preocupación es un conjunto clave de estas “otras características”, la inteligencia emocional: habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanzas”. (Goleman, 1995, p.54).

Tener presente la información que nos proporcionan las emociones, nos permite modificar nuestras conductas y pensamientos con el fin de transformar las situaciones, y ello resulta de relevante importancia en los diversos ámbitos y esferas en las que interactuamos: *“La clave está en utilizar las emociones de forma inteligente que es precisamente lo que queremos decir con inteligencia emocional: hacer, deliberadamente, que nuestras emociones trabajen en beneficio propio, de modo que nos ayuden a controlar nuestra conducta y nuestros pensamientos para obtener mejores resultados”* (Cortese, 2003).

El término de IE se relaciona con la capacidad de reconocer los propios sentimientos, igualmente los de los demás, con la finalidad de utilizarlos como guía del pensamiento y de la acción, por ejemplo, para automotivarse o manejar adecuadamente las relaciones que se mantienen con las demás personas.

No estar en contacto con nuestra realidad emocional, ignorando o reprimiendo lo que nos ocurre, o estar inundados con emociones que nos manejan, son signos de baja habilidad emocional, en cambio, el reconocer emociones en los otros y poder manejarse en el contacto interpersonal, son signos de inteligencia emocional. Como se evidencia el término “Inteligencia Emocional” acuna gran importancia a la regulación de las propias emociones.

La Inteligencia Emocional, como se explica anteriormente, es un campo de estudio que surgió en la década de los 90. Es un nuevo enfoque en torno a la inteligencia que aparece como un tema transversal en la Psicología

(Psicología de la Educación, Psicología de las Organizaciones, Psicología de la Emoción), sin embargo las popularizaciones que se han hecho del tema han impedido por el momento que el constructo surja de forma clara, el mismo no ha terminado de asentarse.

Mayer (2001) señala cinco fases hasta el momento en el desarrollo del campo de estudio de la Inteligencia Emocional que ayudan a entender de dónde surgen los conceptos y habilidades a que actualmente hace referencia la categoría de IE:

1) Inteligencia y Emociones como campos de estudio separados (1900 – 1969): Aquí se destaca Galton a principios del siglo XX como uno de los primeros investigadores que se interesó por el estudio sistemático de las diferencias individuales en la capacidad mental. En 1890 Catell inventa pruebas de medición. En 1905 Binet desarrolla un instrumento de evaluación de la inteligencia para niños. En general la investigación sobre la inteligencia se desarrolla en este período y surge la tecnología de los tests psicológicos.

En el campo de la emoción se centran en el debate entre la primacía de la respuesta fisiológica sobre la emoción o viceversa. De los años 20 a los 50, Thorndike (1920), plantea el concepto de “inteligencia social” definiéndola como: *“la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas.”* Con ello Thorndike se convertiría en el precursor del concepto de “inteligencia emocional”.

2) Precusores de la inteligencia emocional (1970 – 1989): El campo de la cognición y el afecto examina cómo las emociones interaccionan con el pensamiento. Una teoría revolucionaria de este período es la Teoría de Intelligencias Múltiples de Gardner (1983).

Gardner define la inteligencia como: “la capacidad de resolver problemas o crear productos que sean valiosos en uno o más ambientes culturales”. Sostiene que poseemos 7 tipos de inteligencias distintas, relativamente independientes y presentes en todas las personas, cuyo desarrollo varía de un individuo a otro. Las inteligencias que propone Gardner (Gardner, 1983; Walters y Gardner, 1986; Krechevsky y Gardner, 1990) son:

1. Inteligencia Lingüística: Relacionada con la capacidad verbal.

II. *Inteligencia Lógica*: Relacionada con el desarrollo de pensamiento abstracto.

III. *Inteligencia Musical*: Relacionada con habilidades musicales y ritmos.

IV. *Inteligencia Visual - Espacial*: Capacidad para integrar, percibir y ordenar elementos en el espacio.

V. *Inteligencia Kinestésica*: Relacionada con el movimiento corporal y de los objetos y reflejos.

VI. *Inteligencia Interpersonal*: Capacidad de establecer relaciones con otras personas.

VII. *Inteligencia Intrapersonal*: Se refiere al conocimiento de uno mismo.

Lo más relevante de esta teoría fue que introdujo dos formas de inteligencia personal muy relacionadas con la competencia social, y hasta cierto punto emocional, la Inteligencia Interpersonal y la Inteligencia Intrapersonal. Gardner (1983,1993) definió a ambas como sigue:

"La Inteligencia Interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado..." (Gardner, 1993, p.40).

Y a la Inteligencia Intrapersonal la define como:

"...el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta..." . (Gardner, 1993, p.42).

Una de las críticas a la teoría de Gardner es que aún cuando alude a las emociones y sentimientos, no profundiza en el papel de las mismas, sino que se centra más en las cogniciones acerca del sentimiento, evidenciándose su tendencia a considerar la inteligencia en un sentido cognitivo. Gardner tiene el mérito de ser precesor directo del concepto de "inteligencia emocional", así

como de tener en cuenta la mediatización histórica y sociocultural de los procesos psíquicos, en este caso, referido a la inteligencia como capacidad.

3) Emergencia de la Inteligencia Emocional (1990 – 1993): Mayer y Salovey publican una serie de artículos sobre la inteligencia emocional, incluyendo el primer intento de medir estas competencias.

Los psicólogos Salovey y Mayer, (1990) de las universidades de Harvard y de New Hampshire respectivamente, desarrollan el concepto de Inteligencia Emocional dándole un enfoque menos cognitivo y la definen como:

“un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno. Un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios; así como los de los demás, de discernir entre ellos esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones”. (Salovey & Mayer, 1990, p.17, 433-442).

Según Salovey y Mayer (1990), este concepto de IE subsume a los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal que propone Gardner (1983), dándole además un enfoque menos cognitivo.

Este concepto propuesto por Salovey y Mayer incluye además el hecho de que son metahabilidades que pueden ser categorizadas en cinco competencias o dimensiones (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1993, Mayer y Salovey, 1995, Goleman, 1996 y Goleman 1998):

1. *El conocimiento de las propias emociones*: es decir, el conocimiento de uno mismo, la capacidad de reconocer un mismo sentimiento en el mismo momento en que aparece, constituyendo la piedra angular de la IE.

2. *La capacidad para controlar las emociones*: la conciencia de uno mismo es una habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento.

3. *La capacidad de motivarse a sí mismo*: con esto Salovey y Mayer, y más tarde Goleman, quieren hacernos entender que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resultar esencial para "espolear" y mantener la atención, la motivación y la creatividad. Este aspecto

se relaciona también con el concepto de Inteligencia Exitosa propuesto actualmente por Sternberg (1998).

4. *El reconocimiento de las emociones ajenas*: la empatía, es decir, la capacidad para poder sintonizar con las señales sociales sutiles que indican qué necesitan o qué quieren los demás.

5. *El control de las relaciones*: es una habilidad que presupone relacionarnos adecuadamente con las emociones ajenas.

Con esto Salovey y Mayer explican por qué algunas personas parecen ser más "emocionalmente competentes" que otras, con lo cual proponen un enfoque más humanista con una valoración integrada de inteligencia y emoción.

4) Popularización y ensanchamiento del concepto (1994 – 1997): Goleman publica su libro "Inteligencia Emocional" y el término IE salta a la prensa popular.

Goleman, el más destacado promotor del concepto de IE, psicólogo por Harvard y redactor científico del New York Time, en su libro, "La Inteligencia Emocional" (1995) se centra en desentrañar el por qué el ámbito emocional es tan importante para la satisfacción y el éxito personales, lo cual se evidencia cuando alude:

"(...) La vida emocional es un ámbito que, al igual que las matemáticas y la lectura, puede manejarse con mayor o menor destreza y requiere un singular conjunto de habilidades. Y saber hasta que punto una persona es experta en ellas es fundamental para comprender por qué triunfa en la vida, mientras otra con igual capacidad intelectual acaba en un callejón sin salida: la aptitud emocional es una meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluido el intelecto puro. (...)" (Goleman, 1995, p.56).

La idea fundamental del libro es que concibe la Inteligencia Emocional (IE) como el factor clave para una adaptación exitosa en las diferentes contingencias de la vida, y que la IE *"es en definitiva un conjunto de metahabilidades que pueden ser aprendidas"* (Sotillo, 2000).

En su conferencia en Madrid (2003), reafirmó lo antes expuesto por Salovey y Mayer en 1990 pero agregó que la IE incluía dos tipos y una serie

de habilidades que el mismo caracteriza como “interdependientes, jerárquicas y genéricas”:

- La Inteligencia Personal: Compuesta por competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos, e incluye: Conciencia en uno mismo; Autorregulación o control de sí mismo; y Automotivación.
- La Inteligencia Interpersonal: Compuesta por otras competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con los demás, e incluye: Empatía y Habilidades Sociales.

El principal aporte de Goleman consistió en reunir los resultados de una década de estudio con el fin de expresarlos de manera sencilla y accesible al público en general (Peñate, A., 2006).

5) Institucionalización e investigación sobre la IE (1998 – actualidad): Se producen refinamientos en el concepto de IE y se introducen nuevas medidas. Surgen modelos que estudian la Inteligencia Emocional. Aparecen las primeras revisiones de artículos de investigación.

La Inteligencia Emocional se entiende como un conjunto de habilidades que implican ineludiblemente a las emociones. El autor Cortese en el 2003 refiere que:

“El término Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigir las y equilibrarlas” (Cortese, 2003).

“(...) la IE trata acerca del sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos”. (Cortese, 2003).

El desarrollo de las habilidades mencionadas ubica a la IE en una posición actualizada y novedosa con aplicaciones muy concretas, desde la educación de los niños, el mundo de la pareja, hasta el nivel de las organizaciones empresariales y sociales.

En la Universidad de Málaga los doctores Fernández Berrocal y Extremera han abordado la inteligencia emocional como la habilidad (esencial) de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos adecuadamente y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás. Así mismo

estos autores se refieren a que en la inteligencia emocional se contemplan cuatro componentes:

❖ *Percepción y expresión emocional*: Se trata de reconocer de manera consciente qué emociones tenemos, identificar qué sentimos y ser capaces de verbalizarlas.

❖ *Facilitación emocional*, o capacidad para producir sentimientos que acompañen nuestros pensamientos: Si las emociones se ponen al servicio del pensamiento nos ayudan a tomar mejor las decisiones y a razonar de forma más inteligente. El cómo nos sentimos va a influir decisivamente en nuestros pensamientos y en nuestra capacidad de deducción lógica.

❖ *Comprensión emocional*: Hace referencia a entender lo que nos pasa a nivel emocional, integrarlo en nuestro pensamiento y ser conscientes de la complejidad de los cambios emocionales. Para entender los sentimientos de los demás, hay que entender los propios.

❖ *Regulación emocional*, o capacidad para dirigir y manejar las emociones de una forma eficaz: Es la capacidad de evitar respuestas incontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Supone también percibir nuestro estado afectivo sin dejarnos arrollar por él, de manera que no obstaculice nuestra forma de razonar y podamos tomar decisiones de acuerdo con nuestros valores y las normas sociales y culturales.

Según estos autores dichas habilidades están estrechamente relacionadas entre sí y funcionan óptimamente en la medida en que el sujeto es consciente de cuáles son sus emociones, lo cual es necesario para vivirlas adecuadamente.

La regulación emocional constituye la piedra angular del concepto de Inteligencia Emocional, y en los modelos que abordan su estudio, la misma constituye un elemento esencial.

Los modelos tradicionales que abordan el estudio de la Inteligencia Emocional son: el Modelo de las 4 Ramas, Mayer (2001), que sitúa el “Manejo de las Emociones” arriba de su escala jerárquica; el Modelo de Competencias de Goleman (2000), el cual la incluye como “capacidad de controlar las propias emociones” y el Modelo Multifactorial de Bar On (1997), que hace referencia a elementos como el “Control de Impulsos” y la “Flexibilidad”.

Existen otros modelos como: el Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional de Bonano (2001) y el Modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales de Higgins y cols (1999) y el Modelo de procesos de Barret y Gross. Los dos primeros también se centran en la autorregulación emocional, mientras que el último no solo determina los mecanismos por los que se produce la autorregulación emocional, sino que trata de dilucidar que tipo de mecanismos están implicados.

Estos modelos no aclaran qué elementos conforman la Inteligencia Emocional, de la cual no se ha dicho la última palabra, y dejan una interrogante aún mayor: ¿cómo evaluar el cociente emocional?

El licenciado Julio A. Cabrera Rodríguez, profesor asistente de la universidad de La Habana, coincide con lo planteado por Goleman en el 2003, acerca de que las metahabilidades, pueden ser categorizadas en cinco competencias, dimensiones o actitudes que van a resultar determinantes en nuestra relación con los demás y con nosotros mismos, y sobre las cuales se podrán identificar actitudes individuales. Hace referencia a que dichas dimensiones (que se desprenden de la IE) se clasifican en dos áreas: inteligencia intrapersonal e inteligencia interpersonal. Para él: *“(...)la IE es una capacidad que tiene o puede desarrollar el individuo para crear resultados positivos en sus relaciones consigo mismo y con los demás; se encuentra relacionada con la manera en que identificamos, utilizamos, entendemos y administramos nuestras emociones (...)”* (Cabrera, 2003).

Otra autora que concuerda con Goleman es Río (2003), quien sintetiza la idea de las dimensiones aportadas por el mismo y expone las características que reflejan una adecuada Inteligencia Emocional. .

En el ámbito nacional recientemente se han realizado investigaciones con notables aportes en el estudio en torno a la IE, fundamentalmente en las esferas de aplicación de la salud. Y entonces se plantea la interrogante: ¿Qué importancia tiene la Inteligencia Emocional desde una perspectiva salutogénica?

La psicóloga Caridad Luisa Casanova Rodríguez (2004), en su tesis de maestría investigó sobre la Estructura de la IE en pacientes portadores de

trastornos neuróticos. Demuestra que la estructura de IE se ve afectada por la sintomatología ansiosa depresiva.

Por otra parte, la psicóloga Arelys de la Caridad Peñate Gaspar (2006), en su tesis de maestría sobre Inteligencia Emocional en pacientes con diagnóstico de linfoma”, demostró la existencia de diferencias significativas en la expresión de la IE en dos grupos de pacientes: uno recién diagnosticado y otro con más de tres años de evolución de la enfermedad.

En la Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas” actualmente (2006-2007) se imparte una maestría en Psicología de la Salud, rectorada por el Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez, donde se realizan varias investigaciones sobre el tema de la Inteligencia Emocional.

1.3 La Inteligencia Emocional aplicada a la Salud: la Inteligencia Emocional como potencial salutogénico.

La inteligencia emocional aplicada a la salud es un eje central en el cumplimiento de las metas asistenciales. Sin embargo en ocasiones nos encontramos que el personal médico pasa por alto la forma en que reaccionan los pacientes a nivel emocional, incluso mientras se ocupan de su estado físico. Este descuido por la realidad emocional deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas pueden jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el curso de su recuperación. Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional.

En la actualidad, se puede afirmar que existe un margen de eficacia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse tratando el estado emocional de las personas a la par de su estado físico, claro que no en todos los casos ni en todos los estados. Pero existen datos y casos que evidencian que la *intervención emocional* debería ser parte corriente de la atención médica de todas las enfermedades graves, reafirmando la comprensión del grado en que las emociones y la inteligencia emocional intervienen en la salud y en la enfermedad.

Los beneficios médicos de los sentimientos positivos son innegables, tanto como se han demostrado los efectos médicos adversos de la ira, la ansiedad y la depresión. Tanto la ira como la ansiedad, cuando son crónicas

pueden hacer que las personas sean más propensas a una serie de enfermedades. Y aunque la depresión puede no hacer a la gente más vulnerable a la enfermedad, si parece impedir la recuperación médica y elevar el riesgo de muerte, sobre todo en pacientes más frágiles que padecen enfermedades más graves. Respecto a lo anterior Goleman apunta:

“Pero si la perturbación emocional crónica en sus diversas formas es nociva, la variedad opuesta de emociones puede resultar tónica...hasta cierto grado. Esto en modo alguno indica que la emoción positiva es curativa, o que la risa y la felicidad solas cambiarán el curso de una enfermedad grave. La ventaja que las emociones positivas puede ofrecer parece sutil, pero utilizando estudios con gran cantidad de personas, puede deducirse de la masa de variables complejas que afectan el curso de la enfermedad.” (Goleman, 1995, p. 211-212).

Al igual que con la depresión, la ira y la ansiedad, existen costos médicos del pesimismo así como revirtiendo estos, se obtienen beneficios del optimismo. Haciendo referencia al optimismo y basándose en los estudios de Carol Whalen (1994), apunta Goleman:

“Ser optimista, al abrigar esperanzas, significa tener grandes expectativas de que, en general, las cosas saldrán bien en la vida a pesar de los contratiempos y las frustraciones. Desde el punto de vista de la inteligencia emocional, el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad. Y, al igual que la esperanza, su prima hermana, el optimismo reporta beneficios en la vida (por supuesto, siempre y cuando sea un optimismo realista; un optimismo demasiado ingenuo puede resultar catastrófico).”

(Goleman, 1995, p.114).

Goleman refiere que igual que el optimismo, la esperanza tiene un poder curativo. Respecto a ello plantea:

“Desde la perspectiva de la inteligencia emocional, abrigar esperanzas significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrente a desafíos o contratiempos. En efecto, las personas que abrigan esperanzas muestran menos depresión que las demás ya que actúan para alcanzar sus objetivos, son menos ansiosas en general y tienen menos dificultades emocionales”. (Goleman, 1995, p.113-114).

Schutte y colaboradores (2002) demostraron una relación positiva entre los niveles de inteligencia emocional, la autoestima y el estado de ánimo positivo.

Varios autores han teorizado que la inteligencia emocional puede llevar a grandes sentimientos de bienestar emocional y a una mejor perspectiva de la vida. Existe también evidencia empírica que parece demostrar que el desarrollo de la inteligencia emocional se asocia con menor depresión, mayor optimismo y una mejor satisfacción con la vida. Por tanto, esto sugiere un vínculo entre inteligencia emocional y bienestar emocional.

Por otro lado, el soporte emocional que brindan las redes de apoyo en la potenciación de la salud tiene gran importancia. Según el psicólogo Daniel Goleman, la inteligencia emocional comprende dentro de sus metahabilidades, lo que él mismo denominara *empatía* (reconocer emociones ajenas) y *artes sociales* (eficacia interpersonal).

Las personas que desarrollan las habilidades y competencias referidas anteriormente, son más competentes para brindar y recibir apoyo emocional y se constituyen sin dudas como excelentes “soportes emocionales” para las personas con que conviven.

Los familiares de las personas que padecen una enfermedad también deben desarrollar las habilidades mencionadas, pues sin dudas con un adecuado apoyo emocional, pueden ofrecer al paciente una ayuda de incalculable valor contribuyendo a su recuperación, y en el caso de una enfermedad crónica o irreversible, aportando a la mejora de la calidad de vida de estas personas.

Las redes de apoyo, esencialmente las informales (amistades, familiares, pareja etc.), ofrecen gran valor médico para salir adelante ante la presencia de enfermedad. Se ha comprobado que los vínculos emocionales estrechos y funcionales forman parte esencial en la lista de factores protectores de la salud, lo cual es válido a la hora de una recuperación más exitosa ante la presencia de enfermedad.

El poder curativo del apoyo emocional es innegable. El psicólogo James Pennebaker (1992) de la Shorthorn Methodist University, demostró que para la gente, hablar de los pensamientos que más le afligen, tiene un beneficioso

efecto médico. El poder de la confesión es sorprendente en tanto mejora la función inmunológica entre otros efectos positivos para la salud.

Estudios realizados muestran que el aislamiento social, la noción de que no se tiene con quien compartir los sentimientos íntimos o mantener un contacto estrecho, duplican las posibilidades de enfermedad o muerte (House, 1988; Smith, 1994. Por supuesto, la soledad no es lo mismo que el aislamiento, existen muchas personas que bien solas se sienten cómodas con este estilo de vida y son sanas. Goleman apunta que:

“Más bien, es el sentido subjetivo de estar apartado de la gente y no tener a quien recurrir lo que supone un riesgo para la salud.” (Goleman, 1995, p.213).

La calidad de las relaciones, además de su número parece clave para aliviar el estrés. Las relaciones negativas tienen su precio. Las discusiones matrimoniales, por ejemplo, ejercen un impacto negativo en el sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, 1987). Así mismo John Cacioppo, psicólogo de la Universidad del Estado de Ohio refirió:

“Son las relaciones más importantes de la vida, las personas que uno ve día tras día, las que parecen cruciales para la salud. Y cuanto más significativa es la relación en su vida, más importancia tiene para su salud”. (Cacioppo, 1992).

En el ámbito de la salud, es importante que el personal médico desarrolle las habilidades de apoyo emocional. Hay valor médico agregado en un médico o una enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes, capaces de escuchar y de ser escuchados. Esto supone fomentar el “cuidado basado en la relación”, reconociendo que la relación entre médico y paciente es en sí misma un factor significativo. Tales relaciones deberían ser fomentadas más rápidamente si la educación médica incluyera algunas herramientas básicas para la inteligencia emocional, sobre todo la conciencia de uno mismo y las artes de la empatía y del saber escuchar.

Esto demuestra que la medicina debe ampliar su visión para abarcar el impacto de las emociones. Según Goleman deben tenerse en cuenta dos grandes supuestos:

“Ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos perturbadores ---la ira, la ansiedad, la depresión, el pesimismo y la soledad--- es una forma de

prevención de la enfermedad. (...) Muchos pacientes pueden beneficiarse notablemente cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas.” (Goleman, 1995, p.219).

Así mismo este autor apunta:

“Si los descubrimientos sobre emociones y salud significan algo, es que el cuidado médico que pasa por alto lo que la gente siente mientras lucha contra una enfermedad grave o crónica ya no es adecuado. Ha llegado el momento en que la medicina saque un provecho más metódico de la relación que existe entre emoción y salud. (...)” (Goleman, 1995, p. 220).

1.4 Las emociones y la inteligencia emocional en el proceso salud-enfermedad. Su influencia en personas que viven con VIH.

La salud del hombre es un proceso complejo al que en la actualidad se le confiere gran importancia en los marcos de las ciencias que estudian al ser humano en términos de salud, fundamentalmente las ciencias médicas y psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Martínez y Martínez, define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. No es fácil estimar en qué consiste el “bienestar humano”, debido a que cada persona o grupo social lo concibe de acuerdo a sus percepciones, valores, creencias, actitudes, juicios, estilos de vida, etc., los cuales están matizados por su cultura y modo de vida.

Actualmente la comunidad científica concibe la salud y la enfermedad como un único proceso, un “continuum”, el cual está determinado por la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, que en ocasiones pueden ser protectores (compensatorios, de resistencia) y en otras predisponentes (psicopatógenos, de riesgo) tornando al sujeto vulnerable a la enfermedad.

Por tanto la salud es un proceso sustentado sobre la base de un equilibrio entre los factores biopsicosociales, y en dependencia de cómo se constituyan los mismos será la capacidad de adaptación al medio que logre el individuo. Por otro lado la enfermedad origina una vivencia que adquiere connotaciones diversas en cada individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una

experiencia intensamente vivida, la cual se acompaña de juicios, creencias, valoraciones, actitudes y emociones. Generalmente constituye una situación de imposibilidad de satisfacer las necesidades y se corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico. Siguiendo a Laín Entralgo (1972), *“el factor específico del sentimiento de enfermedad se halla constituido por la sintomatología subjetiva, no de la enfermedad en cuanto tal. Sentimientos dotados de cualidad afectiva, son consecutivos al sentimiento genérico de estar enfermo”*.

Se reconoce que entre todos los procesos psicológicos que inciden en la salud y enfermedad, las emociones son, sin duda, uno de los más relevantes (Adler y Matthews, 1994). La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico, por ejemplo). En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar.

Las emociones positivas son un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación. Pero también se ha comprobado que hay emociones que pueden tornarse negativas y perjudiciales para la salud, favoreciendo la contracción de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento y ante la presencia de una enfermedad pueden acelerar el proceso morboso.

Los descubrimientos sobre emociones y salud, tienen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades, promoviéndose la importancia de realizar tratamientos integrales, que consideren la recuperación tanto de los factores físicos como de los factores psicológicos del paciente, precisamente porque las emociones constituyen un eje central en la autorregulación de la personalidad, de ahí que el modo en que el sujeto sepa reconocerlas y conducirlas es determinante en su salud, por lo que la educación de las mismas, es decir el desarrollo de la inteligencia emocional, constituye en potencial salutogénico. Los investigadores también han constatado que los tratamientos psicológicos

son de vital importancia pues actúan sobre el sistema inmunológico y mejoran la supervivencia de los enfermos, al reducir su ansiedad, las preocupaciones, los síntomas depresivos y la afectación por las pérdidas afectivas.

La Psiconeuroinmunología o PNI, es un campo de investigación que en la actualidad es pionero en la ciencia médica. Este campo estudia los vínculos que existen entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central, o sea, se centra en la contribución de los factores subjetivos al mantenimiento del equilibrio biológico, a través de su acción sobre el sistema inmunitario. Su mismo nombre reconoce las relaciones: *psico* o "mente"; *neuro*, que se refiere al sistema neuroendocrino (que incluye el sistema nervioso y los sistemas hormonales); e *inmunología*, que se refiere al sistema inmunológico, en realidad debiera ser denominada Psiconeuroendocrinoimmunología. La misma ha sido utilizada para establecer posibles relaciones entre los factores de comportamiento y la progresión de enfermedades. En cualquier caso, puede ser definida como: *"la disciplina que estudia la posible modulación de variables críticas del sistema inmune a través de vías psicológicas"* (Bayés, 1991).

Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico (Irwin, Daniels, Smith, Bloom y Weiner, 1987; Herbert y Cohen, 1993). El psicólogo Robert Ader es el precursor de la Psiconeuroinmunología pues se dedicó a investigar cómo influyen ciertos procesos psicológicos, esencialmente las emociones, en la salud (USA, 1974).

Ader descubrió que el sistema nervioso central y sistema inmunológico se comunican y están íntimamente interrelacionados en infinidad de modos, así como que el sistema inmunológico, al igual que el cerebro, podía aprender, por lo que se llegó a la conclusión de que la mente, las emociones y el cuerpo no están separados, sino que interactúan como un todo.

El sistema inmunológico es el "cerebro del organismo" como dice el neurólogo chileno Francisco Varela, de la Ecole Polytechnique de París, al definir la noción que el organismo tiene de sí mismo: de lo que le pertenece y de lo que no le pertenece. Las células del sistema inmunológico se desplazan en el torrente sanguíneo por todo el organismo, poniendo prácticamente en contacto a todas las otras células. Al encontrar células que reconocen las dejan en paz, cuando encuentran células que no reconocen, atacan. El ataque nos

defiende contra los virus, las bacterias y el cáncer o, si las células del sistema inmunológico no logran reconocer algunas de las células del propio organismo, crean una enfermedad autoinmune como la alergia o el lupus.

En investigaciones realizadas se ha descubierto que los mensajeros químicos que operan más ampliamente en el cerebro y en el sistema inmunológico son aquellos que son más densos en las zonas nerviosas que regulan la emoción. Algunas de las pruebas más patentes de una vía física directa que permite que las emociones afecten el sistema inmunológico son las que ha aportado David Felten, quien notó que las emociones ejercen un efecto poderoso en el sistema nervioso autónomo (SNA), que regula numerosas funciones en el organismo, desde cuánta insulina se segrega, hasta los niveles de presión sanguínea. Felten detectó un punto de reunión en el que el sistema nervioso autónomo se comunica directamente con los linfocitos y los macrófagos, células del sistema inmunológico. Este contacto físico permite que las células nerviosas liberen neurotransmisores para regular estas células (Goleman, 1996). En resumen el sistema nervioso no solo se conecta con el sistema inmunológico, sino que dicho contacto es esencial para la función inmunológica adecuada.

La depresión, la ansiedad, la ira y el estrés son, con toda seguridad, las reacciones emocionales sobre las que más se ha estudiado su relación en la génesis de alteraciones en la salud. Se ha descubierto que estas emociones negativas debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas. Tanto el estrés como la depresión están relacionados con el descenso de la actividad inmunológica, manifestada por una disminución de la respuesta de linfocitos ante diferentes mitógenos, así como una menor cantidad de células T, B, o linfocitos granulares en sangre (Kiecolt-Glaser, Cacioppo, Malarkey y Glaser, 1992; Herbert y Cohen, 1993). Además, cuanto mayor reactividad simpática se muestre ante condiciones de estrés, mayor grado de inmunosupresión se producirá ante dicha situación estresora (Zakowski, McAllister, Deal y Baum, 1992).

Estudios confirman que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una

enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Goleman, 1996).

La ira u hostilidad es una emoción negativa muy asociada a enfermedades cardíacas, así numerosos estudios señalan el poder de la ira para dañar el corazón. Investigadores de Yale señalaron que puede no ser la ira sola la que aumenta el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, sino más bien la intensa emocionalidad negativa de cualquier clase que envía regularmente a todo el organismo ataques hormonales causados por el estrés. Como señala Goleman:

“Una muestra ocasional de hostilidad no es peligrosa para la salud; el problema surge cuando la hostilidad se vuelve tan constante que define un estilo personal antagonista (...).” (Goleman, 1989).

El estrés, por su parte, se hace peligroso cuando es de proporciones excesivas, que desbordan las capacidades de adaptación del individuo o cuando se acumula sin salida adecuada, instalándose la frustración (Edstrom, 2005).

Específicamente en el caso de estrés dañino o *dístrés* se pone de manifiesto la relación entre las emociones y el sistema inmunológico, pues ante la presencia de este en el organismo se liberan hormonas que influyen directamente en el funcionamiento de sus células defensoras de un modo negativo. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996).

En uno de los estudios más decisivos desde el punto de vista científico, Sheldon Cohen (1991) evaluó cuidadosamente la cantidad de estrés que un grupo de personas sentían en su vida y luego los expuso sistemáticamente al virus del resfrío. No todas las personas expuestas de esa forma contraen el resfrío, un sistema inmunológico robusto puede combatir y resistir dicho virus. Cohen descubrió que cuanto más estrés había en sus vidas, más

probabilidades tenían de contraer un resfrío. Por su parte en una investigación realizada con pacientes sometidos a trasplante de médula ósea autólogo se encontró que aquellos tenían menos estrés y mejor estilo de afrontamiento al trasplante lograban una recuperación hematopoyética más rápida que los demás (Arce, 2006).

La depresión es otra emoción perturbadora que influye negativamente en el empeoramiento de una enfermedad una vez que esta ha comenzado. En este sentido los estudios apuntan que sería conveniente tratar la depresión de los pacientes que sufren enfermedades graves y que están deprimidos. Por ejemplo de 100 pacientes que recibieron trasplantes de médula, 12 de los 13 que se habían sentido deprimidos murieron durante el primer año del trasplante, mientras que 34 de los restantes 87 seguían vivos dos años más tarde (James Strain, 1991). Y en pacientes con fallo renal crónico que estaban recibiendo diálisis, aquellos a los que se les diagnosticó depresión grave tenían más posibilidades de morir dentro de los dos años posteriores, la depresión fue un pronosticador más decisivo de muerte que ninguna otra señal médica (Howard Burton, 1986).

Las emociones anteriormente mencionadas sin dudas constituyen un factor de riesgo para el organismo, tornándolo vulnerable a la enfermedad. Una vez adquirida esta, parecen influir de manera negativa en el pronóstico de la misma, lo cual se agrava aún más cuando hay déficit de soporte social o redes de apoyo hacia los sujetos. Por otro lado las emociones positivas son factores protectores que contribuyen a prevenir la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del enfermo.

Como se evidencia, la Psiconeuroinmunología ha realizado importantes contribuciones en favor de la comprensión de cómo las variables psicológicas, esencialmente las emociones, son capaces de modular hasta cierto punto las respuestas del sistema inmunitario, tanto en el sentido de la inmunocompetencia como de la inmunosupresión, todo lo cual cobra una importancia capital cuando se trata de personas afectadas por el VIH, quienes precisamente son las que tienen más cuestionada la acción de su sistema inmunitario.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) al cual se asocian gran cantidad de

factores de comorbilidad, como son las “infecciones y/o enfermedades oportunistas”. Causa una alteración secundaria de la respuesta inmune celular y humoral y produce SIDA. Pertenece al grupo de infección de transmisión sexual (ITS) que clínicamente se manifiesta con una sintomatología predominantemente general y escasa o nula a nivel genital. Se compone de una envoltura lipídica y una nucleocápside central denominada core, en cuyo interior se localiza el material genético y las enzimas necesarias para el ciclo viral.

Las células humanas que ataca el virus son las que denominamos células diana o células en blanco. Son fundamentalmente de dos órdenes: células que forman parte del sistema inmune y células del sistema nervioso central (SNC). Dentro de las células del sistema inmune son objeto de ataque por el virus los linfocitos CD4 y algunos linfocitos B, los linfocitos CD8 son atacados cuando han sido modificados por la acción del virus de Epstein Barr. Dentro de las células diana en el SNC tenemos los astrocitos y la microglía, macrófagos del encéfalo, algunas células endoteliales vasculares unidas a reacciones inflamatorias inmunes son las que explican los efectos directos del virus sobre el SNC.

Para que el VIH produzca daño del sistema inmune y finalmente SIDA, es necesaria la participación conjunta de factores propios del virus y también del huésped, aunque los factores virales parecen tener un mayor peso, en realidad es la interacción de ambos la que arroja el resultado final.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue identificado por primera vez en 1981. En Cuba, los antecedentes históricos del enfrentamiento a la epidemia de la infección por el VIH se remontan a 1983, fecha en que se comienza a adoptar por parte de la dirección del país y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), las primeras medidas en el orden epidemiológico y dirigidas a evitar la diseminación del virus, garantizando la situación actual de la epidemia en el país. Esta tragedia ha sido conocida en su dimensión real por su frecuencia de aparición, fundamentalmente en personas jóvenes y /o adultos medios, así como por su diseminación por contacto sexual o por la sangre, y por el riesgo a padecer la infección en determinados grupos y personas considerados vulnerables. Una vez adquirido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las personas portadoras de la infección en un tiempo más o

menos prolongado evolucionan a la enfermedad correspondiente a dicho virus, el SIDA, ocasionando la muerte.

El VIH se trasmite diferentes vías: por contacto sexual homosexual y/o heterosexual (anal, vaginal u oral en algunos casos), por vía sanguínea, por contacto con objetos cortantes infectados por sangre con VIH, por la leche materna, así como de la madre al bebé por el canal del parto. Aunque la transmisión parental del VIH ha sido relevante en algunos lugares y grupos, en la mayoría de los casos se ha producido el contagio por vía sexual. El mecanismo por el cual se adquiere la infección por vía sexual es a través del contacto con semen, secreciones genitales y sangre infectada por parte del receptor. Dicho virus es poco contagioso y requiere de determinadas condiciones para su transmisión: necesita medio líquido, temperatura del cuerpo humano y estar incluido en células o fluidos corporales abundantes en células CD4 y macrófagos.

En una investigación realizada por el Dr. Jaime Pinto Valluerca del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en 1999 se hace referencia a que el virus del VIH afecta a casi todos los sistemas del organismo, fundamentalmente el sistema gastrointestinal, respiratorio, neurológico, hemolinfopoyético y piel.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó a finales de siglo XX que más de 33 millones de adultos y 3 millones de niños habían sido infectados por el VIH-1 y el 70 % de los casos tenían lugar en África y algunos cálculos conservadores sugirieron que más de 38 millones de personas estarían infectadas para el año 2001. Según el informe de la Organización de Naciones Unidas (ONUSIDA) y OMS el número de personas que vivían con VIH-SIDA a finales de 2003 se situaba en 36.1 millones. Esta cifra era 50% superior a la que se proyectó en 1991 en base a los datos disponibles al comienzo de la década. La epidemia continúa creciendo y existen indicios preocupantes de que en algunos países que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso estas vuelven a aumentar. De acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer en diciembre de 2006 sobre la situación de la epidemia de SIDA del ONUSIDA/OMS, se estima que actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas, de los cuales 37.2 son adultos, 17.7 son mujeres y 2.3 son menores de 15 años.

En el 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de ellas 2,8 millones (65%) correspondieron a África Subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa Oriental y Asia Central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50% desde el 2004. En el 2006, 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA.

En Cuba, la incidencia es la más baja de toda América (0.07%), y una de las más bajas de todo el mundo. Hasta noviembre de 2006 existía un total de 4689 seropositivos vivos, y 6232 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA). Prevalece el sexo masculino con un total de 6238, seguido por los hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) que suman 5376.

Estas cifras guardan estrecha relación con la existencia de los servicios de salud generalizados a toda la población gratuitamente, el sistema de pesquizaje de VIH vigente que ha permitido el diagnóstico temprano de los casos, la labor de la educación-prevención y la atención integral que se ofrece a las personas diagnosticadas en el orden clínico, nutricional y psicosocial (Bermúdez, 2006).

La provincia de Villa Clara es la segunda del país en incidencia, con un total de 679 seropositivos al VIH y una prevalencia de 439 pacientes con VIH/SIDA hasta marzo de 2007. Prevalen los homosexuales masculinos con un 87.5% en el 2006 y un 83.3% hasta marzo de 2007. El municipio de Santa Clara está entre los más afectados por el número de casos diagnosticados con un total de 425, de los cuales fallecieron 160. En el año 2006 en Santa Clara se diagnosticaron 28 casos, con una tasa de 118.0.

De manera general en las personas afectadas por el VIH, tanto en sus fases iniciales como en la fase terminal (donde aparece la enfermedad de SIDA), los aspectos psicológicos, físicos, sociales y existenciales se ven claramente alterados, con repercusiones negativas para su salud y su calidad de vida.

Desde el punto de vista psicológico el paciente que vive con VIH, desde el momento en que se estudia para su diagnóstico, hasta el momento en que se confirma la infección, se somete a toda serie de situaciones estresantes (Pinto, 1999) como son: el Programa de Control de Seropositivos, prejuicio por parte de algunos profesionales hacia estos pacientes, asistencia a centros de

diagnóstico, activación de conflictos de autoimagen, temores al entorno familiar, conflictos orientados a la sexualidad y la relación de pareja, modificación del estilo de vida sexual, enfrentamiento al medio social (laboral, escolar, comunitario), reajuste de metas y hábitos, enfermedad y muerte de otros seropositivos, aparición de síntomas.

Dada la relevancia que ha alcanzado el VIH en la actualidad, tanto en lo concerniente a su creciente propagación a nivel mundial, como en la incidencia e impacto que tiene en la vida de las personas involucradas, se ha priorizado la necesidad de profundizar en el conocimiento de las relaciones existentes entre los factores biológicos (sobre todo en lo relacionado a la inmunología) y los factores psicológicos (fundamentalmente las emociones), que también guardan estrecha relación con factores sociales, los cuales influyen sin duda, en la salud de las personas afectadas por el VIH.

A causa del impacto de seropositividad, los pacientes experimentan importantes alteraciones en su estado de ánimo: estrés, ansiedad, depresión, etc. En muchos casos de personas afectadas por el VIH se aprecian diferentes mecanismos que no resultan ser defensivos, al contrario, tal es el caso de la inculcación, la cual implica mecanismos autopunitivos, que llevan al sujeto al aislamiento y la depresión, entre otros síntomas.

El hecho de que estas personas conozcan que se encuentran infectados por el virus, puede ser un factor estresante suficiente para producir un estado de inmunodepresión capaz de incrementar el grado de vulnerabilidad a la acción del virus y de favorecer la enfermedad (Bayés, 1988), por lo que el estudio de la evaluación del impacto psicológico de la infección, debe incluir el diagnóstico de enfermedad amenazadora para la vida como un incidente traumático que puede conducir a un trastorno de estrés postraumático con progresión al SIDA (Kelly, Raphael, Judd, Perdices, Kermutt, Burnett, 1998).

En la infección por VIH, a pesar del éxito de las nuevas terapias, el diagnóstico de seropositividad es vivido como una gran amenaza para la vida de las personas afectadas, que experimentan profundos efectos psicológicos, ansiedad y depresión, principalmente, que son a su vez importantes factores (de riesgo) en la progresión del virus a la enfermedad, tanto en personas asintomáticas como en aquellas que se hallan en fases más avanzadas de la infección (Alonso, 1999).

La Psiconeuroinmunología sugiere que los citados factores (ansiedad y depresión), pueden tener un importante papel en la progresión de la infección por VIH e incluso que en personas con un diagnóstico de seropositividad reciente, pueden exacerbar la inmunosupresión inducida por el virus, provocando un rápido deterioro de los parámetros inmunológicos como los CD4. (Burack, Barrett, Stall, Chesney, Ekstrand y Coates, 1993 y LaPerriere, Antoni, Scheiderman, Ironson, Klimas, Caralis y Fletcher, 1990).

El estrés vital y la depresión pueden estar asociados con niveles sanguíneos alterados de neuropéptidos liberados por el SNC, que incluyen la sustancia P, la cual actúa como un neurotransmisor en la conducción de estímulos propioceptivos y es un modulador de la neuroinmunorregulación. En el caso de las personas con VIH, esta sustancia puede aumentar la susceptibilidad de las células inmunes a la infección por VIH y modular las funciones de estas células de una forma que puede afectar el curso de la enfermedad (Evans, Douglas, 2002). Además, según Rojo y Benlloch (1998), los pacientes que ya han desarrollado el SIDA pueden presentar diferentes trastornos psiquiátricos, lo cual compromete aún más la salud del enfermo en tanto hay una mayor evolución de la enfermedad.

Por su parte, Segerstrom, Taylor, Kemeny, Reed y Visscher (1996) y Rabkin y cols (1997), hallaron que las creencias negativas sostenidas y la depresión sobre la evolución del proceso de deterioro producido por el VIH producen una rápida disminución de los CD4, aunque no se prevea un diagnóstico de SIDA.

En estos pacientes también se han estudiado los efectos del estrés, síntomas depresivos y apoyo social sobre la evolución a enfermedad por VIH, y se ha observado que la progresión más rápida al SIDA está asociada con un mayor número de eventos vitales estresantes, mayores síntomas depresivos y menor apoyo social (Antoni, 2003). La morbilidad psicológica en pacientes asintomáticos infectados por VIH, está asociada a un patrón de comportamiento caracterizado por convencimiento de progresión de su patología, irritabilidad, disforia, percepción psicológica de estar enfermo y baja negación, en tanto que la capacidad individual para expresar emociones, niveles adecuados de apoyo social y bajos niveles de depresión, influyen en

una mejor adaptación a la enfermedad (Grassi, Righi, Makoui, Sighinolfil, Ferri, Ghinelli, 1999).

De este modo se evidencia la influencia que ejerce el medio social en el estado psicológico emocional (procesos emocionales) de los sujetos con VIH/SIDA, lo cual a su vez repercute en su salud.

Aún cuando el presente acápite hace énfasis en la repercusión de las emociones y de la Inteligencia Emocional en el proceso salud enfermedad, en el caso del VIH, es importante además tener en cuenta la influencia e impacto del apoyo social en estas personas, ya que el proceso salud-enfermedad está determinado no solo por factores biológicos y psicológicos, sino también sociales.

Algunas de las reacciones negativas hacia los seropositivos son el rechazo y el aislamiento social. Las personas afectadas por el VIH inician ellas mismas, incluso, un distanciamiento de los demás con objeto de mantener en secreto su situación. (Schneiderman y Cols, 1992)

Trabajos de investigación como los de Theorell, Blomkvist, Jonsson, Schulman, Berntorp y Stigendal (1995) y Kemeny, Weiner, Duran, Taylor, Visscher y Fahey (1995) han constatado que la carencia de soporte social, así como la muerte de un ser querido también infectado por el VIH, provoca una disminución de la función inmune, así como una progresión de la infección.

Las percepciones y representaciones de un “futuro incierto”, así como el hecho de no disponer de redes de apoyo suficientes y funcionales para hacer frente a su situación, son preocupaciones muy reiteradas en estas personas.

Es interesante como algunos autores que han abordado el VIH, han destacado la importancia de desarrollar habilidades en estos sujetos que permitan una mejor adaptación a la “condición permanente” a la que se enfrentan, con el fin de mejorar su calidad de vida. Y para esto requieren por supuesto de una mejor estructuración de su Inteligencia Emocional, que posibilita a su vez el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, las cuales son esenciales para hacer frente a este evento negativo.

Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, (1987) investigaron la relación entre diferentes parámetros psicológicos y dichas estrategias. Los resultados mostraron que el uso de estrategias de afrontamiento activas, como la implicación directa con el problema y sus circunstancias, ayudaba a mantener

un adecuado estado de ánimo y una elevada autoestima. Por el contrario, la evitación o el no-afrontamiento de la situación actuaban en sentido inverso, es decir incrementaban el nivel de depresión y disminuían la autoestima.

Se define el afrontamiento como aquellos *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.* (Lazarus y Folkman, 1984). El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva, tanto de la situación amenazadora como de los recursos disponibles para hacerle frente, y en todo este proceso las emociones desempeñan un papel fundamental constituyendo uno de los recursos esenciales para afrontar dicha situación. Existen dos grandes grupos de estrategias de afrontamiento: estrategias centradas en el problema, que tienen como objetivo desactivar o disminuir la percepción de amenaza y estrategias centradas en la emoción, que tienen como objetivo modular la respuesta emocional que provoca la amenaza.

Este segundo tipo de estrategias tiende a realizarse cuando no se puede modificar el problema, tal es el caso de las personas que viven con el VIH, donde la situación es irreversible y más aún teniendo en cuenta la repercusión de emociones negativas en la inmunología de los afectados.

Se considera que es factible y necesario hablar de “inteligencia emocional”, como la estrategia más prometedora en el desarrollo de recursos de afrontamiento. En la medida en que se estructuren mejor los componentes de la Inteligencia Emocional se logrará un devenir en la calidad de vida y la salud de las personas que viven con VIH. Por ello la presente investigación se centra en conocer las particularidades de la inteligencia emocional en estos pacientes.

Metodología

La concepción metodológica aplicada durante la investigación está instrumentada desde una perspectiva que posibilita la combinación de estilos y métodos predominantemente cuantitativos pero que trascienden a interpretaciones y unidades de análisis cualitativas, lo que facilita procesos recurrentes para nuevas interpretaciones. Parte de un enfoque dialéctico y sistémico estructural.

En el desarrollo del trabajo se diferencian cuatro etapas.

2.1 Etapas de la investigación empírica

Primera etapa: Selección y descripción de la muestra desde el punto de vista del diagnóstico y características generales socio-demográficas.

Segunda etapa: Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de la enfermedad (diagnóstico 2006) y aquellos con más de 1 año de evolución (diagnóstico 2000-2005).

Tercera etapa: análisis de las posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional, el diagnóstico y las características generales socio-demográficas.

Cuarta etapa: Establecimiento de correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de la batería de pruebas psicológicas.

2.2 Métodos del proceso investigativo:

• Métodos del nivel estadístico:

1. Tests chi-cuadrado: Pearson y Fisher.
2. Test de Mann-Whitney.
3. Test de Student.
4. Test de Kruskal-Wallis.
5. Análisis de varianza de Fisher-Levene.
6. Tau-b de Kendall.
7. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)
para Windows, version 13.0
8. Estadística descriptiva.

2.3 Selección de la muestra

La muestra de la investigación está conformada por un total de 40 pacientes, portadores de VIH/SIDA pertenecientes al municipio Santa Clara, provincia Villa Clara. Los mismos fueron atendidos en dos grupos de trabajo, en el periodo comprendido entre octubre de 2006 y abril de 2007.

El primer grupo de trabajo está conformado por 20 pacientes al debut de la enfermedad (diagnóstico 2006), y el segundo por 20 pacientes con evolución de 1 a 5 años (diagnóstico 2000-2005). La muestra fue pareada siguiendo el sexo, rango de edad y diagnóstico de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que el VIH/SIDA constituye una enfermedad con repercusión limitante para la vida, que se caracteriza por la progresión de síntomas secundarios al deterioro del sistema inmunológico, los pacientes una vez diagnosticados asisten a su respectiva interconsulta tanto en su consultorio médico, como en la consulta municipal donde son atendidos por el clínico especializado en VIH/SIDA, con el objetivo de tener una valoración integral de su estado de salud actual. Se siguió un muestreo incidental casual, en un estudio descriptivo.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de VIH.
- Diagnóstico de VIH en su debut y/o con más de un año de evolución. .
- Ausencia de alteraciones psicológicas a nivel psicótico y en el funcionamiento intelectual.
- Ausencia de tratamiento psicofarmacológico.
- Consentimiento informado: Documento mediante el cual se le comunica a los sujetos el objetivo de la investigación y se le pide su aprobación por escrito a participar en la misma (Anexo #1).

2.4 Definición conceptual y operacional de las variables.

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Edad:

- 18-25 años

- 26-40 años

- >40 años

Nivel de Escolaridad:

- 9no grado

- 12grado o Técnico Medio

- Universitario

Estado Civil:

- Casado o en Unión Consensual

- Soltero

- Divorciado

Variante Sexual:

- Heterosexual

- Homosexual

Ocupación:

- Ama de casa o sin ocupación específica

- Con ocupación específica.

CD4

- Bajo (<200mm³ en sangre)

- Mediano (200-499mm³ en sangre)

- Alto (>500mm³ en sangre)

2.5 Terapéutica empleada en el momento de la realización del estudio.

Todos los pacientes tenían crítica de sus condiciones de vigilia, apropiadas para responder las preguntas contenidas en las técnicas empleadas.

2.6 Descripción de las técnicas.

- Trait Meta-Mood Scale (TMMS).

Instrumento compuesto en su versión reducida al castellano por 24 ítems. Evalúa el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales. Presenta tres subescalas: Atención, Claridad y Reparación emocional.

Atención emocional: Es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos.

Claridad emocional: se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones.

Reparación emocional: Implica la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

Estos tres factores, en la prueba se encuentran distribuidos consecutivamente, los primeros ocho ítems se refieren a la atención de las emociones, los siguientes ocho miden la claridad emocional, y el resto se refiere a la reparación emocional. Esta prueba tiene adecuados índices de consistencia interna y validez convergente.

El material empleado fue proporcionado por el Dr. Pablo Fernández – Berrocal, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

Procedimiento.

El sujeto debe responder sobre una escala de 5 puntos, que va desde el 1 referido a *nunca*, hasta el 5 que es *muy frecuente*.

Los tipos de ítems son similares a los que se presentan en estos ejemplos.

-Atención a las emociones: No presto mucha atención a los sentimientos.

-Claridad emocional: Tengo bastante claro mis sentimientos o lo que siento.

-Reparación de las emociones: Cuando estoy triste pienso en todos los placeres de la vida.

Esta prueba ha mostrado su capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes. (Ver anexo #3).

•Beck Depresión Inventory (BDI).

Es una medida para determinar la existencia del síndrome depresivo, y en su caso, intensidad de este. Se trata de un estado de autoinforme de 20 ítems, utilizada para evaluar los síntomas físicos y cognitivos de la depresión. La puntuación total oscila entre 0 y 63. Una mayor puntuación en el BDI indica mayor sintomatología depresiva en el sujeto. Su fiabilidad es de 93. Es extensamente utilizada en investigaciones con diferentes poblaciones y distintos desórdenes psicológicos.

Se utiliza la adaptación al castellano de Vázquez y Sanz (1991)

Procedimiento.

El paciente ha de elegir en cada dimensión del test, entre cuatro frases gradualmente intensas respecto a aquellas; ha de escoger una de las respuestas. Se suma el número de puntos y el resultado expresa la profundidad de la depresión. Una puntuación alta indica depresión. En esta versión el sujeto toma como punto de referencia a la hora de contestar el cuestionario no solo en el momento actual, sino también semana anterior. (Ver anexo #4).

VALORES MEDIOS.

<i>Estado no Depresivo.....</i>	0-9
<i>Depresión Leve.....</i>	10-18
<i>Depresión Moderada.....</i>	19-29
<i>Depresión Severa.....</i>	30-56

•Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S).

Es una medida de autoinforme de ansiedad-estado realizada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1994, que permite valorar las respuestas cognitivas de ansiedad en el momento presente. La consistencia interna de las subescalas del STAI varía de .83 a .92. Su fiabilidad test-retest es de .81 para la subescala STAI-E. Una mayor puntuación en tal subescala se relaciona con un mayor número de respuestas de ansiedad en el individuo en el momento de la evaluación.

Procedimiento.

En ella el paciente ha de elegir en cada frase del test entre 4 dimensiones gradualmente intensas con respecto a aquellas; ha de escoger una de las respuestas. Se suma el número de puntos y el resultado expresa la profundidad de la ansiedad. Ha sido diseñado como una prueba autoadministrable pudiéndose aplicar en grupo o individualmente. En el protocolo de la misma aparecen las instrucciones para el trabajo, a pesar de no tener límites de tiempo esta se caracteriza por su brevedad. Resulta importante que el investigador se cerciore de que el paciente haya comprendido cabalmente las instrucciones. Si las puntuaciones son iguales o mayores que 25 se considera que tiene niveles de ansiedad elevados. (Ver anexo #5).

•Mental Health (MH-5).

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud, en concreto, el grado de sintomatología depresiva y ansiosa que ha presentado el sujeto durante el último mes. El MH-5 presenta un alfa Cronbach de .77. Unas puntuaciones elevadas en esta escala se asocian a una mejor salud mental. Se utiliza la adaptación al castellano del Cuestionario de Salud SF-36 por Alonso Prieto y Antó, 1995.

Procedimiento.

Se le pide al sujeto que a través de una escala de 5 ítems se refiera a cómo se ha sentido durante las 4 últimas semanas teniendo en cuenta el tiempo. La escala oscila de siempre hasta nunca. (Ver anexo #6).

- Escala de Satisfacción Vital (SWLC).

La SWLC es un cuestionario de 5 ítems diseñado como una medida global acerca del grado percibido de satisfacción en la vida, evaluada a través de una escala Likert de 7 puntos. Las propiedades psicométricas de la escala son satisfactorias. Una puntuación alta indica mucha Satisfacción Vital.

Fue creada por Diener en 1983, y validado al castellano por Pavot y Diener en 1993.

Procedimiento.

Se le ofrecen al sujeto cinco afirmaciones con las cuales él puede estar de acuerdo o en desacuerdo con respecto a su vida. De acuerdo a una escala que va desde *completamente en desacuerdo (1)* hasta *completamente de acuerdo (7)*. (Ver anexo #7).

- White-Bear Supression Inventory (WBSI).

Es una medida de autoinforme que evalúa la tendencia natural del individuo a suprimir pensamientos negativos. El WBSI está compuesto por 15 ítems. Fue creado por Wegner y Zanakos, 1994; y traducido al castellano en 1999 por Fernández –Berrocal y N Ramos.

Procedimiento.

Se les pide a los sujetos que indiquen el grado en el que están de acuerdo con frases como la siguiente: *“Existen cosas que prefiero no pensar”*. Debe tener en cuenta una escala que va desde *nada de acuerdo (A)* hasta *totalmente de acuerdo (E)*. Cuanto mayor sea la puntuación en esta escala, menor será la tendencia del sujeto a suprimir pensamientos negativos. Su

consistencia interna y su fiabilidad son adecuadas, con un alfa de Cronbach de .89.

Una puntuación elevada indica baja supresión de pensamiento y se entiende que es negativo (ver anexo #8).

Se debe precisar que como estas técnicas anteriormente descritas no se habían aplicado en Cuba, previo a la decisión de su uso, se realizó un pilotaje en 10 personas con trastornos neuróticos, apreciándose su efectividad para el objetivo propuesto. Es de significar que no se encontraron dificultades relacionadas con la influencia sociocultural y el idioma.

2.7 Procedimiento

En los inicios de la investigación se comenzó por estudiar y seleccionar cuidadosamente las técnicas a emplear así como la elaboración de los protocolos de recogida de información. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que conforman la muestra. Se realizó un estudio minucioso de los datos contenidos en la Historia Clínica.

Los pacientes se estudiaron de forma individual. El estudio se realizó en el Policlínico de Especialidades “XX Aniversario”, específicamente en el local correspondiente a la consulta de VIH/SIDA, el cual cumple las exigencias para estos servicios. La exploración se lleva a cabo en 4 sesiones de trabajo con cada grupo, conformadas en horarios vespertinos donde eran de vital importancia la observación minuciosa de conducta de estos pacientes, así como el establecimiento de una adecuada empatía.

La investigación quedó conformada por las siguientes técnicas:

- ❖ Trait Meta-Mood Scale (TMMS).
- ❖ Beck Depresión Inventory (BDI).
- ❖ Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S).
- ❖ Mental Health (MH-5).
- ❖ Escala de Satisfacción Vital (SWLC).
- ❖ White-Bear Supresion Inventory (WBSI).

Para un mayor rendimiento del paciente se aplicaron las técnicas en 4 sesiones de trabajo:

Primera Sesión:

- Trait Meta-Mood Scale (TMMS).

Segunda Sesión:

- Beck Depresión Inventory (BDI).

Tercera Sesión:

- Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S).
- Mental Health (MH-5).

Cuarta Sesión:

- Escala de Satisfacción Vital (SWLC).
- White-Bear Supression Inventory (WBSI).

2.8 Análisis de los Datos

Los resultados obtenidos fueron procesados en el Centro de Estudios de Informática de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas con ayuda del paquete SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versión 13.0

De acuerdo a los objetivos, el procesamiento estadístico, se resume para su claridad, en 4 partes esenciales:

1. Descripción de la muestra desde el punto de vista del tiempo de diagnóstico y las características generales socio-demográficas (Tablas 1 a 7). Esta es una tarea necesaria para el cumplimiento de los objetivos principales de la tesis
2. Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de la enfermedad y más de 1 año (Tablas 8 a 13)
3. Posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional y las características generales socio-demográficas (Tablas 14 a 23)
4. Correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de las pruebas psicológicas. (Tablas 24 a 29)

Aunque no estaba contemplado entre los objetivos se añaden dos últimas tablas con algunos resultados iniciales sobre el nivel de inmunidad de los pacientes, medidas por el CD4. En la Tabla 30 se comparan los valores del CD4 entre los grupos con diferente debut de la enfermedad y en la Tabla 31 se ilustra su correlación con la inteligencia emocional.

A continuación se comentan cada una de estas partes del procesamiento.

La primera parte es esencialmente descriptiva. Pretende solo hacer una caracterización general de la muestra desde el punto de vista de las principales variables sociodemográficas por grupos. De todas maneras es importante, porque permite demostrar que ambos grupos de estudio (pacientes con debut reciente de la enfermedad y pacientes con más de 1 año de la misma) son homogéneos respecto a todas estas variables. En otras palabras estas variables generales no constituyen factores de confusión en el análisis fundamental de la estructura de la inteligencia emocional. Se utilizan estadísticos descriptivos, tablas de contingencia (con los clásicos tests chi-cuadrado: Pearson y Fisher) para comparar las variables discretas y tests no paramétricos de comparación de grupos independientes, en particular el test de Mann-Whitney para comparar las edades.

La segunda parte del trabajo responde al primero de los objetivos fundamentales, a saber, la caracterización de la estructura de la inteligencia emocional y su comparación entre los 2 grupos de pacientes con diferentes años de tenencia de la enfermedad. Aquí se hace primero un análisis univariado, utilizando estadísticas descriptivas y el test de Mann-Whitney de comparación de grupos independientes. Después se hace un análisis multivariado, esto es, se comparan las tres dimensiones simultáneamente (atención, claridad y reparación emocional) entre los dos grupos utilizando la técnica de Análisis Discriminante. A continuación se hace un análisis factorial, específicamente un Análisis de Componentes Principales pretendiendo encontrar un único factor, componente o constructo que resuma la información de las tres dimensiones en algún sentido y que sea capaz de explicar la mayor parte de la variabilidad de la muestra. Este factor o constructo se correlaciona con las tres dimensiones originales y finalmente se compara entre los grupos utilizando pruebas paramétricas y sus alternativas no paramétricas. Este constructo promete convertirse además en una guía esclarecedora en los análisis ulteriores del presente trabajo

La tercera parte del trabajo responde al segundo objetivo, específicamente las posibles relaciones o independencia de la estructura de la inteligencia emocional con las características generales socio-demográficas. Nuevamente se utilizan técnicas paramétricas o no paramétricas de comparación de grupos en dependencia del nivel de medición de las variables.

Pero en cualquier caso todas las pruebas paramétricas se corroboran con las alternativas no paramétricas correspondientes (test de Mann-Whitney como alternativa no paramétrica del test de Student y test de Kruskal-Wallis como alternativa no paramétrica del análisis de varianza de Fisher-Levene)

La cuarta y última parte del trabajo se dedica al tercer objetivo, a saber la posible correlación entre los resultados de la caracterización de la estructura de la inteligencia emocional con el resto de los test psicológicos aplicados. Ello se hace mediante análisis de correlación no paramétrico (correlación Tau-b de Kendall). Los gráficos son aquí muy ilustrativos de las tendencias correlacionadas de los resultados de estas pruebas psicológicas.

Para aliviar las posibles imprecisiones que puedan surgir por el tamaño inevitablemente reducido de la muestra y evitar el uso de significaciones “asintóticas” que serían solo válidas en muestras muy grandes, cada vez que se usa una prueba no paramétrica se utilizan las técnicas de Monte Carlo para simular 10000 muestras con una distribución similar a los datos reales de la variable que está siendo objeto de comparación. Así la significación se calcula como el promedio de 10000 significaciones y se estima incluso un intervalo de confianza del 99% para la misma. Cuando en un test es factible además (desde el punto de vista que la capacidad de la computadora lo permite) se calcula y reporta la significación en forma exacta.

En general, al comparar los grupos o al establecer correlaciones, consideramos significativos los resultados que arrojan una significación menor que 0.05. Si además la significación es menor que 0.01, se consideran altamente significativos. Si la significación no es menor que 0.05, pero al menos es menor que 0.10 se consideran medianamente significativos. Si la significación es mayor que 0.10 se considera que no hay significación, pero incluso en estos casos se comenta cual puede ser la tendencia. Cada vez que se entiende conveniente para facilitar la visualización de los resultados, las tablas se acompañan de gráficos y ellos son particularmente importantes en el cumplimiento del tercer objetivo del trabajo donde se establecen correlaciones (no necesariamente lineales, pero si significativas) entre los resultados de las pruebas psicológicas.

Análisis de los resultados

3.1 Análisis de los Resultados

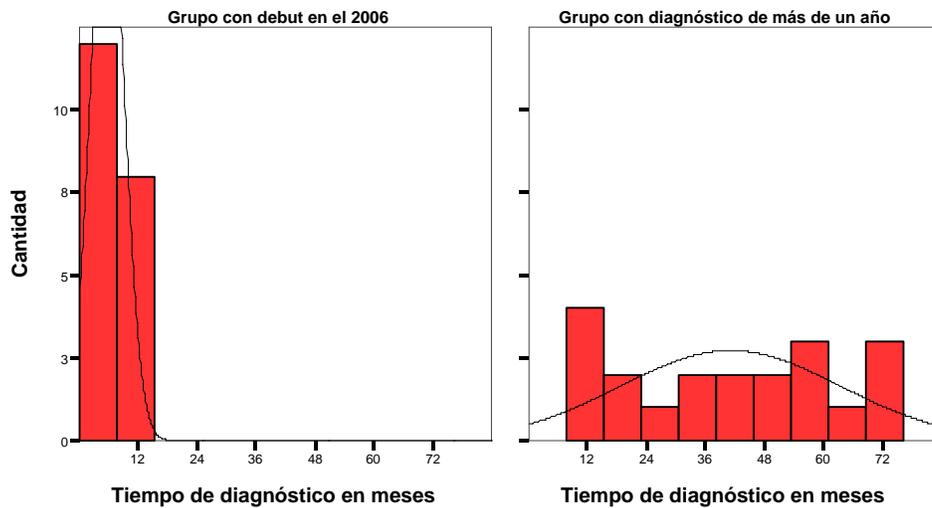
Descripción de la muestra según el tiempo de diagnóstico y las características generales socio-demográficas (Tablas 1 a 7)

Tabla 1. Caracterización general de la muestra según diagnóstico.

Grupos según el tiempo de diagnóstico

	Frecuencia	Por ciento
Grupo con debut en el 2006	20	50.0
Grupo con diagnóstico de más de un año	20	50.0
Total	40	100.0

Tiempo de diagnóstico en meses por grupos



Tiempo de diagnóstico (en meses)

	Tiempo de diagnóstico en meses		
	Grupos según el tiempo de diagnóstico		
	Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	Total
Media	5.80	41.15	23.48
Desv. ESt.	3.365	22.347	23.859
Mediana	5.50	41.00	12.50
Mínimo	1	13	1
Máximo	12	76	76
Curtosis	-1.233	-1.505	-.493
Error Est. de Curtosis	.992	.992	.733
Sesgo (asimetría)	.266	.052	.997
Error Est. del Sesgo	.512	.512	.374

La tabla 1 ilustra la muestra de casos de acuerdo al diagnóstico. Queda claro que la muestra se compone de idéntico número de casos recién diagnosticados o con más de un año de diagnóstico de de la seropositividad. Se pueden observar gráficamente y a través de estadísticos descriptivos, la distribución del tiempo de diagnóstico (en meses) de ambos grupos. Obsérvese en particular que en el grupo con diagnóstico de más de 1 año hay pacientes con tiempo de diagnóstico bastante uniformemente distribuido con un mínimo de 13 meses (un año y un mes) y un máximo de 76 meses (6 años y 4 meses).

Para obtener los datos referentes al diagnóstico se hizo uso de la Historia Clínica (Ver anexo #2).

Los pacientes que integraron la muestra fueron orientados en cuanto a los objetivos de la investigación, y siguiendo consideraciones éticas se contó con su consentimiento informado para avalar su participación (Ver anexo #1).

Tabla 2. Composición de la muestra por sexos.

Sexo * Grupos según el tiempo de diagnóstico

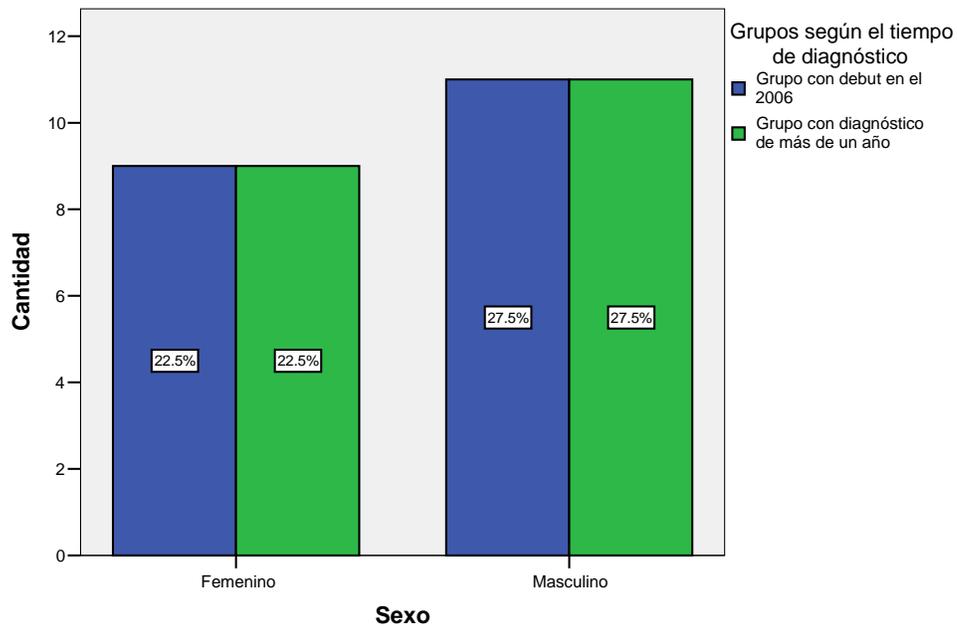
			Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Sexo	Femenino	Cantidad	9	9	18
		% del Grupo	45.0%	45.0%	45.0%
	Masculino	Cantidad	11	11	22
		% del Grupo	55.0%	55.0%	55.0%
Total		Cantidad	20	20	40
		% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Tests Chi-cuadrado ^a

	Valor	gl	Sig. exacta (2 colas)
Chi-cuadrado de Pearson	.000	1	1.000
Test exacto de Fisher			1.000

a. Para tabulaciones 2x2 se suministran los resultados exactos en lugar de la significación de Monte Carlo

Estructura de la muestra por sexos



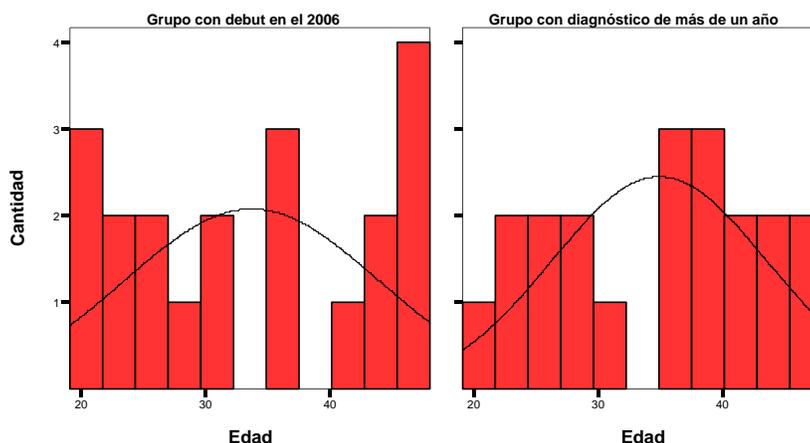
En la tabla 2 se caracteriza la muestra de acuerdo al sexo. Predominan ligeramente los pacientes masculinos en ambos grupos, pero de forma idéntica, de manera que ambos grupos presentan la misma distribución de pacientes según el sexo.

Es válido aclarar que estudios epidemiológicos realizados aluden que existe una mayor prevalencia del sexo masculino en los pacientes que viven con el VIH, correspondiéndose este comportamiento con lo arrojado por estudios internacionales realizados. Informes de ONUSIDA refieren que en diciembre de 2006 vivían con VIH un total de 21.8 hombres y 17.7 mujeres. En el caso de Cuba, hasta noviembre de 2006 existía un total de 4689 seropositivos vivos, y 6232 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA), de ellos 6238 pacientes de sexo masculino, seguido por los hombres que tiene

sexo con otros hombres (HSH) que suman 5376. Hasta marzo de 2007, en la provincia de Villa Clara, fueron diagnosticados 6 hombres y 1 mujer.

Tabla 3. Distribución de la edad por grupos

Edad de los grupos de pacientes



Estadísticas descriptivas de la edad

		Grupos según el tiempo de diagnóstico		
		Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	Total
Edad	Media	33.65	34.85	34.25
	Desv. Est.	10.137	8.598	9.298
	Mediana	33.50	36.50	35.50
	Mínimo	19	21	19
	Máximo	48	47	48
	Curtosis	-1.524	-1.445	-1.434
	Error Est. de Curtosis	.992	.992	.733
	Sesgo (asimetría)	.066	-.188	-.062
	Error Est. del Sesgo	.512	.512	.374

Rangos según el test de Mann-Whitney

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Rango medio	Suma de rangos
Edad	Grupo con debut en el 2006	20	19.93	398.50
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	21.08	421.50

Sig. del test de Mann-Whitney=0.758, IC=(0.755,0.777)

Edad en rangos * Grupos según el tiempo de diagnóstico

			Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Edad en rangos	18 - 25 años	Cantidad	6	5	11
		% del Grupo	30.0%	25.0%	27.5%
	26 - 40	Cantidad	7	9	16
		% del Grupo	35.0%	45.0%	40.0%
	Más de 40 años	Cantidad	7	6	13
		% del Grupo	35.0%	30.0%	32.5%
Total	Cantidad	20	20	40	
	% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

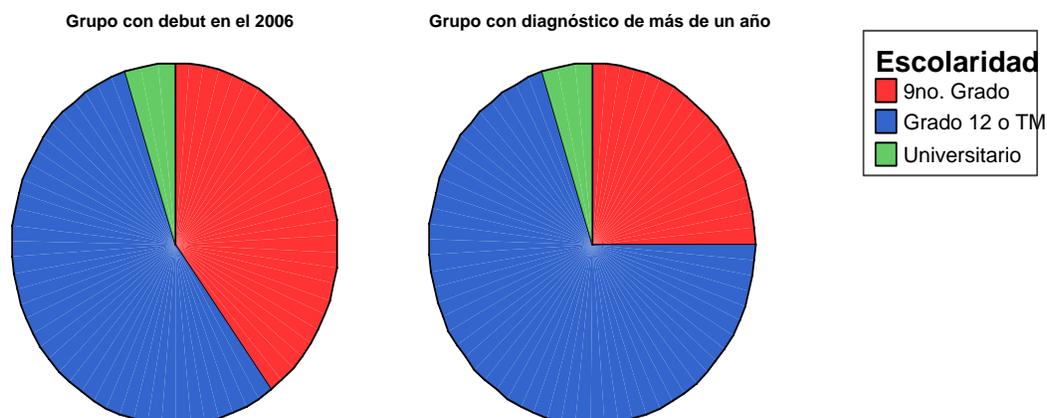
Sig. del test exacto de Fisher=0.851

En la tabla 3 se muestra la estructura de los grupos por edad y las estadísticas generales de esta variable. En ambos grupos la edad promedio está alrededor de los 34 años y tiene una desviación estándar de aproximadamente 9 años, ligeramente superior en el grupo con debut menor de 1 año. El caso más joven de debut reciente tiene 19 años y en el grupo con más de 1 año de la enfermedad, 21. Los casos más adultos en ambos grupos tienen 48 y 47 años respectivamente. Otras estadísticas de la edad muestran también comportamientos similares como se puede apreciar en la tabla. Se aplica un test de Mann-Whitney para comprobar que los rangos medios de la edad no se diferencian entre grupos. Efectivamente, el test tiene significación 0.758 (con el 99% de confianza, la significación está entre 0.755 y 0.777, mucho mayor siempre que 0.05), por lo cual no hay ninguna razón para esperar que los grupos se diferencien por su edad. En la última subtabla, se muestra la estructura de la edad por rangos, y también se observa que no hay diferencias significativas entre los grupos (significación del test exacto de Fisher=0.851).

La edad promedio en ambos grupos avala los criterios del Dr Jorge Pérez (subdirector del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí – IPK -), cuando plantea que el VIH/SIDA afecta fundamentalmente a los jóvenes debido, a que esta es la etapa de mayor actividad sexual, de ahí que en sus manos está el crecimiento o no de la epidemia. Mediante un inmenso trabajo preventivo, Cuba ha reducido los nuevos casos entre 15 y 19 años, e incluso hasta los de 24, mientras que la infección continúa aumentando en los mayores de 29. La edad promedio de los seropositivos está entre 32 y 34 años (Pérez, 2007).

Tabla 4. Nivel de escolaridad por grupos.

Escolaridad por grupos



Nivel de escolaridad * Grupos según el tiempo de diagnóstico

		Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total	
		Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año		
Nivel de escolaridad	9no. Grado	Cantidad	8	5	13
		% del Grupo	40.0%	25.0%	32.5%
	Grado 12 o TM	Cantidad	11	14	25
		% del Grupo	55.0%	70.0%	62.5%
	Universitario	Cantidad	1	1	2
		% del Grupo	5.0%	5.0%	5.0%
Total	Cantidad	20	20	40	
	% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Tests Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig.	Sig. de Monte Carlo	
				IC del 99%	
				Mínimo	Máximo
Chi-cuadrado de Pearson	1.052	2	.738 ^a	.726	.749
Test exacto de Fisher	1.281		.738 ^a	.726	.749

^a. Basada sobre 10000 muestras generadas aleatoriamente con semilla de inicio 2000000.

En la tabla 4 se caracteriza el nivel de escolaridad por grupos de pacientes. En general, en ambos grupos más de la mitad tienen grado 12 o equivalente (nivel de técnico medio). La proporción es ligeramente superior incluso en el grupo de más de un año donde tal grupo de edades representa el 70%. Pero la estructura de la muestra de acuerdo con el nivel de escolaridad

no se diferencia por grupos (significación del test de Fisher 0.738, mucho mayor que 0.05).

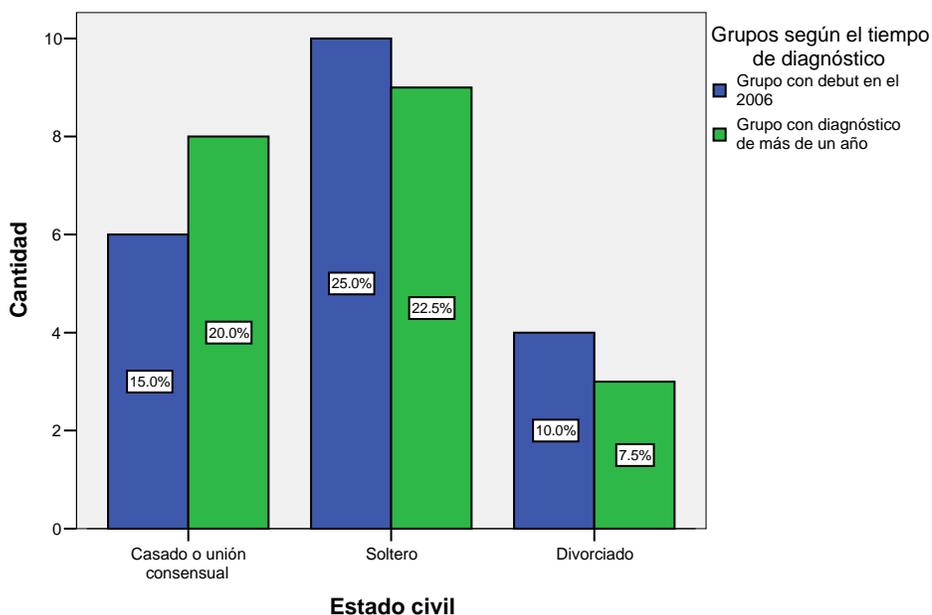
Para la conformación de la muestra se consideró que los pacientes seleccionados, independientemente del nivel escolar, debían tener un funcionamiento intelectual normal que les permitiese comprender las instrucciones dadas y valorar las técnicas aplicadas.

Tabla 5. Estado civil de los pacientes por grupos

Estado civil * Grupos según el tiempo de diagnóstico

			Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Estado civil	Casado o unión consensual	Cantidad	6	8	14
		% del Grupo	30.0%	40.0%	35.0%
	Soltero	Cantidad	10	9	19
		% del Grupo	50.0%	45.0%	47.5%
	Divorciado	Cantidad	4	3	7
		% del Grupo	20.0%	15.0%	17.5%
Total	Cantidad	20	20	40	
	% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Estado civil por grupos



La Tabla 5 refleja el “estado civil” de los pacientes por grupos. Escribimos aquí estado civil entre comillas, para llamar la atención de que lo hemos tricotomizado (3 categorías) en lugar de considerar más categorías, esto es,

desde el punto de vista de nuestra investigación pueden ser equivalentes y hemos unido los casos “casado o unión consensual”, con independencia del real estado civil, porque representa la presencia de una pareja permanente y el estado formal no debe demasiada incidencia sobre las variables de mayor interés. Partiendo de este concepto, se demuestra entonces que no hay diferencias entre los grupos de estudio respecto a su composición de “casados o unidos”, “solteros” y “divorciados” (significación $0.836 > 0.05$). Pudiera tener sentido incluso dicotomizar la variable “estado civil” en solo dos categorías “soltero o unión consensual” y “casado o divorciado”. Formalmente hablando, “divorciado” no es un estado civil oficial en Cuba diferente de “divorciado”; pero más allá de lo formal, en la muestra el número de casos divorciados es relativamente pequeño relativo a los solteros y por tanto, es incapaz de reflejar la influencia que sobre las variables dependientes, pudiera tener el divorcio como tal, por encima de la condición de ser soltero. En otras partes del trabajo dicotomizaremos la variable estado civil de esta forma.

Las personas afectadas por el VIH inician ellas mismas un distanciamiento de los demás con objeto de mantener en secreto su situación (Schneiderman y cols., 1992) Por otro lado la preocupación por la posibilidad de infectar a otras personas hace que también se evite la relación con otros, conduciendo a las personas seropositivas a una situación de aislamiento y soledad. El miedo al rechazo resulta confirmado en numerosas ocasiones cuando las personas afectadas informan a sus parejas, llegando incluso a romperse la relación (Hoffman, 1996).

Todo ello unido a las representaciones sociales negativas y estereotipos con relación al VIH, implica que para estas personas resulte difícil mantener una relación estable (sean ambos seropositivos o una pareja discordante), que puede ser riesgosa cuando se realiza el coito sin protección pues se transmiten nuevas cepas del virus o enfermedades oportunistas (Pérez, 2007).

Tabla 6. Variante sexual de los pacientes por grupos.

Variante sexual * Grupos según el tiempo de diagnóstico

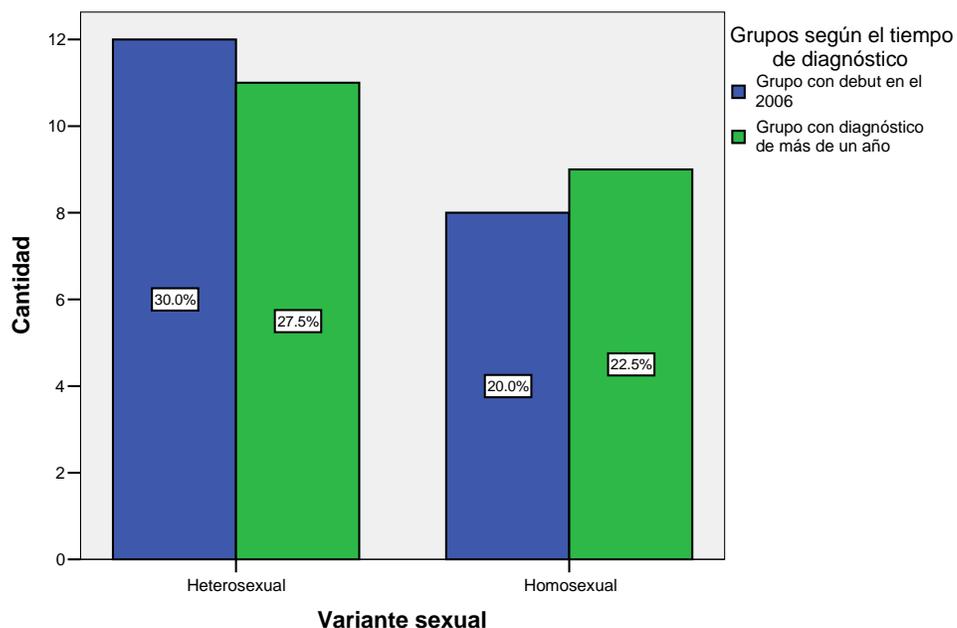
			Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Variante sexual	Heterosexual	Cantidad	12	11	23
		% del Grupo	60.0%	55.0%	57.5%
	Homosexual	Cantidad	8	9	17
		% del Grupo	40.0%	45.0%	42.5%
Total		Cantidad	20	20	40
		% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Tests Chi-cuadrado ^a

	Valor	gl	Sig. exacta (2 colas)
Chi-cuadrado de Pearson	.102	1	1.000
Test exacto de Fisher			1.000

a. Para tabulaciones 2x2 se suministran los resultados exactos en lugar de la significación de Monte Carlo

Variante sexual por grupos



En la Tabla 6 se muestra la variante sexual de los pacientes de cada grupo. Predominan en ambos los heterosexuales pero solo ligeramente, y además predominan los heterosexuales de la misma forma en ambos grupos. Por tanto no es esta tampoco una variable socio-demográfica que distinga la composición de los dos grupos de estudio (significación 1.000)

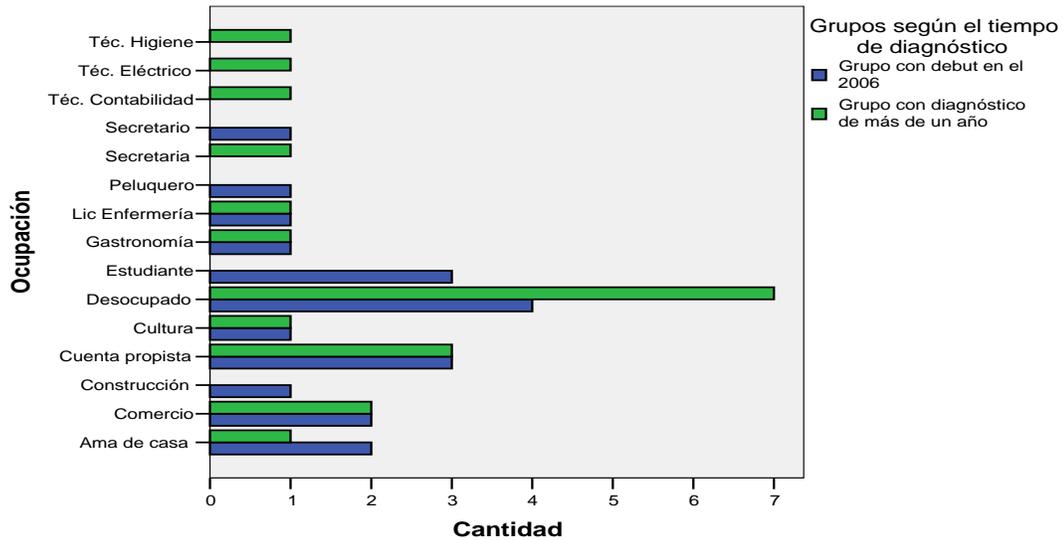
Sin embargo, en el país, actualmente prevalecen los homosexuales masculinos infectados por el VIH, y en este momento la mayor parte de los casos que surgen es de hombres que tienen sexo con hombres (Perez, 2007). En Villa Clara los homosexuales masculinos suman 87.5% en el 2006 y un 83.3% hasta marzo de 2007, siendo los más representativos. De acuerdo con la literatura consultada, las dos razones principales que explican el por qué de esta prevalencia, son de tipo social y anatómica: la primera está dada por la notable promiscuidad sexual de este grupo riesgo (cambios frecuentes de pareja, conducta sexual desprotegida, relaciones sexuales fortuitas). Desde el punto de vista de la práctica sexual anal desprotegida y sus riesgos, se plantea que el epitelio que recubre la mucosa anorrectal es muy débil a la vez que hay gran vascularización de esta zona, lo cual hace más vulnerable la penetración del virus y que esta alcance más rápidamente el torrente sanguíneo, por otro lado los traumatismos son más frecuentes durante el coito anal (Galván, de Quezada y Cádiz, 1987).

Tabla 7. Ocupación de los pacientes por grupos.

Ocupación * Grupos según el tiempo de diagnóstico

		Grupos según el tiempo de diagnóstico				Total	
		Grupo con debut en el 2006		Grupo con diagnóstico de más de un año			
		Count	%	Count	%	Count	%
Ocupación	Téc. Higiene	0	0%	1	5%	1	2.5%
	Téc. Eléctrico	0	0%	1	5%	1	2.5%
	Téc. Contabilidad	0	0%	1	5%	1	2.5%
	Secretario	1	5%	0	0%	1	2.5%
	Secretaría	0	0%	1	5%	1	2.5%
	Peluquero	1	5%	0	0%	1	2.5%
	Lic Enfermería	1	5%	1	5%	2	5.0%
	Gastronomía	1	5%	1	5%	2	5.0%
	Estudiante	3	15%	0	0%	3	7.5%
	Desocupado	4	20%	7	35%	11	27.5%
	Cultura	1	5%	1	5%	2	5.0%
	Cuentapropista	3	15%	3	15%	6	15.0%
	Construcción	1	5%	0	0%	1	2.5%
	Comercio	2	10%	2	10%	4	10.0%
Ama de casa	2	10%	1	5%	3	7.5%	
Total	20	100%	20	100%	40	100.0%	

Ocupación por grupos



Ocupación específica * Grupos según el tiempo de diagnóstico

			Grupos según el tiempo de diagnóstico		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Ocupación específica	Ama de casa o sin ocupación específica	Cantidad	6	8	14
		% del Grupo	30.0%	40.0%	35.0%
	Ocupación específica	Cantidad	14	12	26
		% del Grupo	70.0%	60.0%	65.0%
Total		Cantidad	20	20	40
		% del Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher=0.741

Por último la Tabla 7 muestra la ocupación de los pacientes por grupos. La primera subtabla tiene un carácter puramente descriptivo. No es factible hacer una comparación estadística entre los grupos por el amplio espectro de ocupaciones posibles; y además, no es objetivo del trabajo. Se puede comentar que en ambos grupos predominaron los desocupados, así como los cuentapropistas, los trabajadores de comercio y las amas de casa (en suma ellos abarcan el 60% de la muestra). Le siguen los estudiantes, los enfermeros licenciados y los empleados de gastronomía que aportan otro un 12.5% de la muestra.

Atendiendo a los objetivos, en subsiguientes partes del trabajo se dicotomiza la “ocupación” en las categorías “ama de casa o sin ocupación específica” y “con alguna ocupación específica” (esta última incluye a los contrapropistas), con el objetivo de analizar hasta que punto la existencia o no de cierto compromiso con la sociedad, puede influir sobre las variables

dependientes de interés. Así operacionalizada la ocupación (prácticamente en No-Si), es válida una prueba estadística de comparación basada en tablas de contingencia entre la “ocupación dicotomizada” y los grupos, que se refleja en la última subtabla de la tabla 7. Aun así, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos (significación 0.741 mayor que 0.05). La variedad de la muestra evidencia que la adquisición del virus no guarda relación con la formación profesional ni la ocupación, y sí con la responsabilidad de la conducta sexual.

En resumen, en esta primera parte del trabajo se caracteriza la muestra y se ilustra que los grupos que van a ser objeto de comparación son homogéneos desde de sus características generales sociodemográficas incluyendo las variantes de su comportamiento hetero u homosexual.

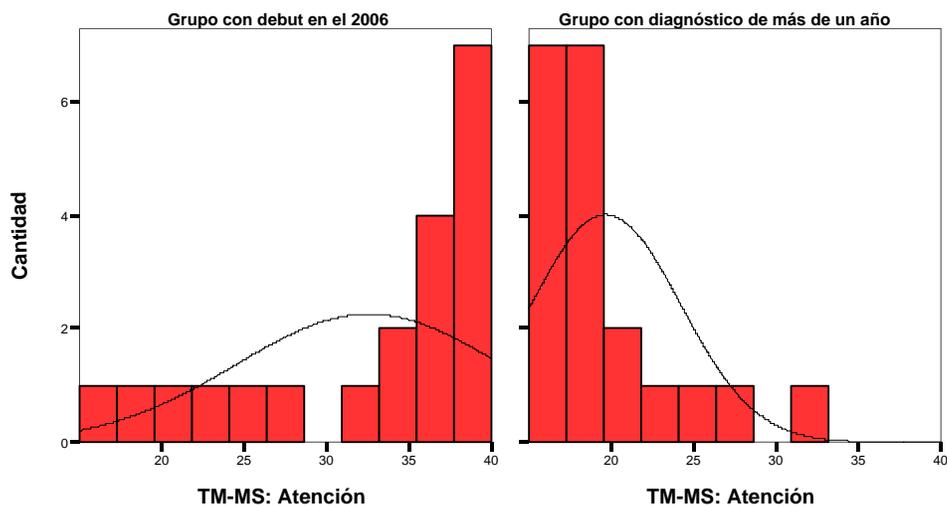
Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de VIH y más de 1 año (Tablas 8 a 13)

Esta parte del análisis responde al uno de los objetivos más importante del trabajo. Tratamos de caracterizar aquí la estructura de la inteligencia emocional de los pacientes, medida a través del TM-MS y compararla entre los casos con debut reciente del diagnóstico de VIH y más de 1 año con dicho diagnóstico.

Tabla 8. Comparación de la atención medida por el TM-MS entre los grupos

Estadísticas descriptivas de la medición de la Atención				
		Grupos según el tiempo de diagnóstico		
		Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	Total
TM-MS: Atención	Media	32.55	19.70	26.13
	Desv. Estándar	8.023	4.520	9.146
	Mediana	36.50	18.50	23.00
	Mínimo	16	15	15
	Máximo	40	33	40
	Kurtosis	-.476	3.106	-1.608
	Error Est. de Kurtosis	.992	.992	.733
	Asimetría	-.995	1.787	.357
	Error Est. de Asimetría	.512	.512	.374

Atención medida por el TM-MS



Rangos según el Test de Mann-Whitney

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Rango medio	Suma de rangos
TM-MS: Atención	Grupo con debut en el 2006	20	28.35	567.00
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	12.65	253.00

Test estadístico de Mann-Whitney

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Sig. de Monte Carlo (2 colas)		
			Sig.	Intervalo de Confianza 99%	
				Mínimo	Máximo
TM-MS: Atención	43.000	253.000	.000 ^a	.000	.000

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 2000000.

La Tabla 8 muestra por ejemplo, los niveles de concentración de la atención, según el TM-MS. El gráfico ilustra que tales niveles son más altos en el grupo de debut reciente, como se podía esperar. Las estadísticas descriptivas de esta variable lo reflejan también (medias 32.55 y 19.70 en los grupos respectivos). Además, es menor la variabilidad de esta medida en el grupo con la enfermedad más prolongada (compárense los valores de la desviación estándar y los valores mínimo y máximo en cada grupo). El test de Mann Whitney demuestra, como se esperaba, que los rangos medios de la atención son significativamente mayores en el grupo de debut reciente (significación $0.000 < 0.05$).

El Trait Meta Mood Scale de Salovey y Mayer es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la inteligencia emocional percibida, haciendo énfasis en las cualidades más estables de la propia conciencia de nuestras emociones y la capacidad para dominarlas.

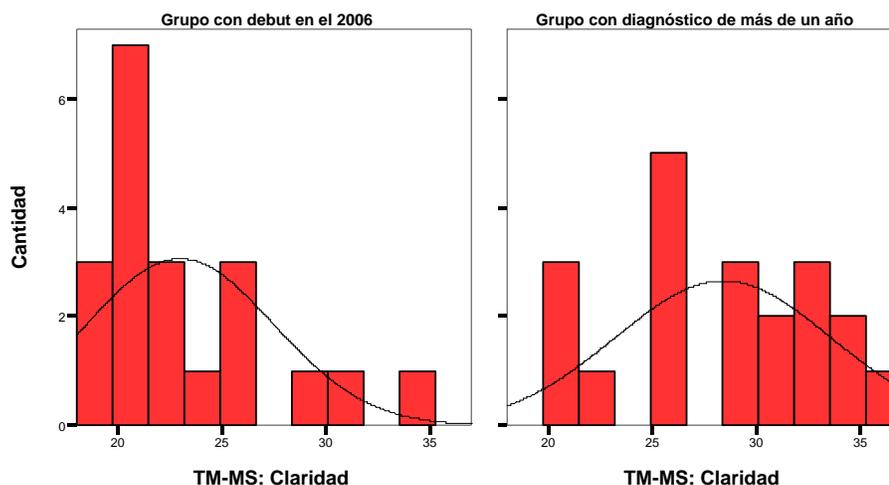
Los resultados que se muestran anteriormente se corresponden con lo planteado en la literatura en la cual se hace referencia al impacto del diagnóstico de seropositividad, que da lugar a que los pacientes experimenten importantes alteraciones en su estado de ánimo como estrés, ansiedad, depresión, todo lo cual se suma a representaciones y creencias negativas muy acentuadas, así como a toda una reestructuración de su estilo de vida (Pinto, 1999). Ello es sin duda un evento que centra la atención de estas personas en sus estados emocionales y en las repercusiones negativas propias del VIH.

Tabla 9. Comparación de la Claridad medida por el TM-MS entre los grupos

Estadísticas descriptivas de la Claridad

		Grupos según el tiempo de diagnóstico		
		Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	Total
TM-MS: Claridad	Media	23.00	28.40	25.70
	Desv. Estándar	4.496	5.185	5.515
	Mediana	21.50	30.00	25.00
	Mínimo	18	20	18
	Máximo	35	37	37
	Kurtosis	1.404	-1.060	-1.124
	Error Est. de Kurtosis	.992	.992	.733
	Asimetría	1.348	-.224	.416
	Error Est. de Asimetría	.512	.512	.374

Claridad medida por el TM-MS



Rangos según el Test de Mann-Whitney

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Rango medio	Suma de rangos
TM-MS: Claridad	Grupo con debut en el 2006	20	14.70	294.00
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	26.30	526.00

Test estadístico de Mann-Whitney

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Sig. de Monte Carlo (2 colas)		
			Sig.	Intervalo de Confianza 99%	
				Mínimo	Máximo
TM-MS: Claridad	84.000	294.000	.002 ^a	.001	.003

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 299883525.

En la Tabla 9 se muestran por ejemplo los niveles de la Claridad según el TM-MS. El gráfico ilustra que tales niveles son, como tendencia, más bajos en el grupo de debut reciente como se podía esperar. Las estadísticas descriptivas de esta variable lo reflejan también (medias 23.0 y 28.4 en los grupos respectivos). Además, es menor la variabilidad de esta medida en el grupo con la enfermedad menos reciente (compárense los valores de la desviación estándar y los valores mínimo y máximo en cada grupo). El test de Mann-Whitney demuestra, como se esperaba, que los rangos medios de la Claridad son significativamente menores en el grupo de debut reciente (significación $0.002 < 0.05$).

Investigaciones sobre VIH reafirman que desde el momento en que el paciente que vive con VIH se estudia para su diagnóstico, hasta el momento en que se confirma la infección, se somete a toda serie de situaciones

estresantes. Se activan conflictos de autoimagen, mecanismos punitivos de inculpación, conflictos orientados a la sexualidad y la relación de pareja, modificación del estilo de vida sexual, enfrentamiento al medio social, reajuste de metas y hábitos y aparición de síntomas (Pinto, 1999) que afectan su capacidad para percibir adecuadamente sus emociones y sentimientos, pues se centran más en sus estados emocionales.

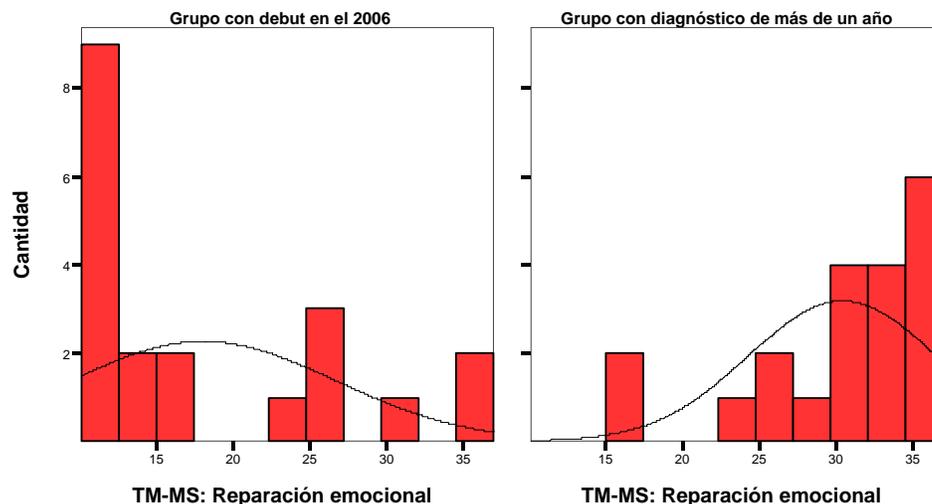
A diferencia del primer grupo, los pacientes con diagnóstico de más de un año, presentan una mejor clarificación, lo cual puede estar relacionado con la aparición de mecanismos protectores en el individuo y la plasticidad de la Inteligencia Emocional que admite su educación.

Tabla 10. Comparación de la Reparación emocional medida por el TM-MS entre los grupos

Estadísticas descriptivas de la Reparación emocional

		Grupos según el tiempo de diagnóstico		
		Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	Total
TM-MS: Reparación emocional	Media	18.00	30.40	24.20
	Desv. Estándar	8.657	6.159	9.717
	Mediana	13.50	32.50	26.50
	Mínimo	10	15	10
	Máximo	35	37	37
	Kurtosis	-.657	1.341	-1.592
	Error Est. de Kurtosis	.992	.992	.733
	Asimetría	.901	-1.356	-.250
	Error Est. de Asimetría	.512	.512	.374

Reparación emocional medida por el TM-MS



Rangos según el Test de Mann-Whitney

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Rango medio	Suma de rangos
TM-MS: Reparación emocional	Grupo con debut en el 2006	20	13.13	262.50
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	27.88	557.50

Test estadístico de Mann-Whitney

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Sig. de Monte Carlo (2 colas)		
			Sig.	Intervalo de Confianza 99%	
				Mínimo	Máximo
TM-MS: Reparación emocional	52.500	262.500	.000 ^a	.000	.000

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 926214481.

En la Tabla 10 se refleja un análisis similar respecto a la reparación emocional, la tercera de las dimensiones de la inteligencia emocional, medida también por el TM-MS. También se evidencia la tendencia a incrementar en la medida que transcurre más de un año que en el del debut la enfermedad. Ver las estadísticas descriptivas y los rangos medios del test de Mann-Whitney (557.5 y 262.5). En el caso de esta variable, dicho test concluye que las diferencias son altamente significativas (significación 0.000 menor que 0.01 incluso al nivel de intervalos de confianza)

El análisis estadístico nos demostró lo difícil que se les hace a los pacientes del grupo de diagnóstico debut la reparación de estados emocionales negativos y la prolongación de estados positivos, lo cual resulta comprensible si tenemos en cuenta el impacto del diagnóstico de seropositividad. Similares resultados se han evidenciado en otras investigaciones en pacientes con enfermedades de repercusión limitante para la vida como es el caso del Síndrome Proliferativo del Sistema Linfático Reticular, debido al impacto de dicho diagnóstico (Peñate, 2006).

Por otro lado en el grupo con evolución de mas de un año, la reparación es más favorable, lo cual puede estar condicionado por la posibilidad de establecer estilos de afrontamiento adecuados y un aprendizaje con respecto a su condición (Grau, R., Hernández, E., Vera, P., 2005).

Tabla 11. Comparación multivariada entre los grupos mediante un análisis discriminante

Coefficientes de la función discriminante canónica

	Función
	1
TM-MS: Atención	.147
TM-MS: Claridad	.099
TM-MS: Reparación emocional	-.058
(Constante)	-4.976

Coefficientes no estandarizados

Función en los centroides de los grupos

Grupos según el tiempo de diagnóstico	Función
	1
Grupo con debut en el 2006	1.037
Grupo con diagnóstico de más de un año	-1.037

Función discriminante canónica no estandarizada evaluada en la media de los grupos

Resultados de la clasificación

			Miembros del Grupo predicho		Total
			Grupo con debut en el 2006	Grupo con diagnóstico de más de un año	
Grupos según el tiempo de diagnóstico					
Datos originales	Cantidad	Grupo con debut en el 2006	15	5	20
		Grupo con diagnóstico de más de un año	2	18	20
	%	Grupo con debut en el 2006	75.0	25.0	100.0
		Grupo con diagnóstico de más de un año	10.0	90.0	100.0

a. 82.5% de los casos originales agrupados fueron clasificados correctamente.

Matriz de estructura

	Función
	1
TM-MS: Atención	.951
TM-MS: Reparación emocional	-.795
TM-MS: Claridad	-.536

Por el carácter reducido de la muestra y además por el hecho de que estas tres dimensiones (Atención-Claridad-Reparación emocional) no son independientes, es recomendable el análisis multivariado de las tres en su conjunto, que puede ser incluso, más significativo. Ello se hace en la Tabla 11 con un análisis discriminante.

Normalmente un análisis discriminante intenta encontrar una función de varias variables (en este caso Atención, Claridad y Reparación Emocional) que sea capaz de identificar al grupo al que pertenece el paciente. Con ello logra

demostrar que tal conjunto de variables es capaz de diferenciar a los grupos, y además, permite ganar claridad en cuáles, entre las variables consideradas, son las que más lo distinguen, en orden de importancia.

El análisis discriminante en nuestro caso fue significativo. La primera subtabla ilustra la función discriminante en cuestión, que resulta:

$$F = -4.796 + 0.147 * \text{Atención} + 0.099 * \text{Claridad} - 0.058 * \text{Rep.Emo.}$$

Si esta función se evalúa con las puntuaciones de Atención, Claridad y Reparación Emocional debe resultar en un valor positivo (alrededor de 1.037) en los casos de debut reciente y un valor negativo (alrededor de -1.037) en los de enfermedad más prolongada.

Independientemente del sistema de codificación, la tendencia de variación de la función discriminante con el incremento del debut de la enfermedad, debe manifestarse en la mayor parte de la muestra, para que el análisis discriminante sea significativo. En este caso, por las codificaciones convenidas, el valor de la función discriminante debe ser positivo en los pacientes de debut reciente y disminuir hasta ser negativo en los pacientes con más de 1 año de diagnóstico. Efectivamente la siguiente subtabla demuestra que ello se cumple al menos en el 82.5% de los casos que estudiamos, esto es, solo se “equivoca” en 5 de los casos de debut reciente y 2 de los casos de debut con más de 1 año).

La llamada “matriz de estructura” se muestra en la última de las subtablas de la Tabla 11 donde aparecen los coeficientes de correlación de cada una de las tres dimensiones de medidas por el TM-MS con la función discriminante, y ello nos da una medida del orden de importancia de cada una de las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional para distinguir los grupos y su verdadera dirección.

En efecto, la dimensión medida por el TM-MS, que más distingue a los grupos de debut temprano o no, es la Atención, pues tiene el coeficiente de correlación más alto en valor absoluto (0.951) y además positivo: si el debut es más reciente, más alta es la atención, y más alto el valor de la función discriminante; en la medida que se pasa del debut reciente a más de un año, la concentración de la atención tiende a decrecer y también decrece la función discriminante.

La segunda variable en orden de importancia que más distingue a los grupos de debut temprano o no, después de la Atención, es la Reparación Emocional, con un coeficiente de correlación negativo respecto a la función discriminante: si el debut es reciente menor es la Reparación Emocional, y por tanto es mayor el valor numérico de la función discriminante; en la medida que se pasa del diagnóstico reciente a más de un año, la medición, según el TM-MS de la Recuperación Emocional se incrementa, y la función discriminante tiende a disminuir. Algo similar a lo anterior ocurre con la Claridad. Definitivamente esta es más baja, según el TM-MS en los casos de diagnóstico temprano e incrementa posteriormente, lo que indica la correlación negativa con la función discriminante.

Definitivamente el análisis discriminante corrobora, desde el punto de vista multivariado, lo que antes habíamos observado. La función discriminante es en nuestro caso, un indicador de alteraciones en la estructura de la inteligencia emocional. Su valor más alto (y positivo) en los casos de debut temprano es una medida de grandes alteraciones de dicha estructura. Con el paso del tiempo, el paciente “aprende un poco” a vivir con el VIH y la estructura de la inteligencia emocional se recupera, lo que explica los valores negativos de la función discriminante.

Estos resultados nos inspiran a buscar un constructo “único” que en cierto sentido resuma los niveles de las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la inteligencia emocional. Hablamos aquí de “constructo” como sinónimo de “componente esencial”, “concepto subyacente” “variable no observada directamente”. No se trata de una selección de una de las variables “atención”, “claridad” o “reparación emocional”, sino de una combinación de ellas en una única variable, que sea capaz de explicar la mayor parte de la varianza de la muestra.

De hecho tal constructo podría ser la variable F determinada por el análisis discriminante anterior, pero esta expresión fue estimada tratando de distinguir los grupos que conocíamos de antemano, esto es con una técnica de “aprendizaje supervisado”. Intentaremos encontrar el constructo con un aprendizaje no supervisado, para que ella resulte positiva, en los casos de alto nivel de inteligencia emocional y negativa en el caso contrario, independientemente de en que grupo esté el paciente. Ello se logra con una

técnica de análisis de componentes principales, teniendo la esperanza de que dicha técnica reporte que basta un solo componente principal para el logro de tal objetivo.

Tabla 12. Determinación de un constructo resumen que permita caracterizar la estructura de la inteligencia emocional, mediante Análisis de Componentes Principales

Test KMO and test de Bartlett

Medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin		.749
Test de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado approx. gl	98.915 3
	Sig.	.000

Varianza total explicada

Componente	Valores propios iniciales			Extracción: suma de cargas cuadráticas		
	Total	% of Varianza	% acumulado	Total	% of Varianza	% acumulado
1	2.661	88.699	88.699	2.661	88.699	88.699
2	.219	7.312	96.011			
3	.120	3.989	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales

Matriz de componentes^a

	Componente
	1
TM-MS: Reparación emocional	.959
TM-MS: Atención	-.940
TM-MS: Claridad	.927

a. 1 componente extraída.

Correlaciones reproducida

		TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Correlación reproducida	TM-MS: Atención	.883 ^a	-.871	-.901
	TM-MS: Claridad	-.871	.858 ^a	.888
	TM-MS: Recuperación emocional	-.901	.888	.919 ^a

a. Comunalidades reproducidas

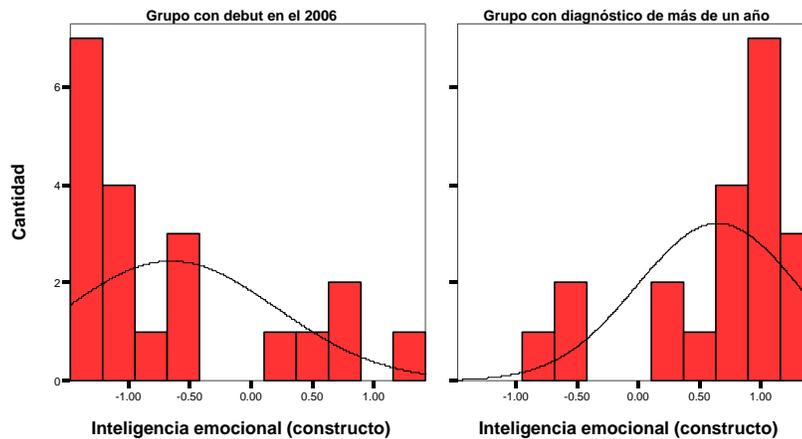
Los resultados principales del Análisis de Componentes Principales se muestran en la Tabla 12. Efectivamente, el test de Bartlett muestra que las variables están significativamente correlacionadas, lo cual es imprescindible para este análisis y la adecuación de la muestra (0.749 según la medida de Kaiser-Meyer-Olkin) declara que se pueden obtener resultados buenos. La siguiente subtabla demuestra que se puede conseguir un factor o componente principal que es capaz por si solo de explicar el 88.70% de la variabilidad total de la muestra. La matriz de las componentes ilustra que a dicho factor contribuyen positivamente la reparación emocional (correlación 0.959) y la claridad (correlación 0.927) y negativamente la atención (correlación -0.940), todo lo cual se corresponde con lo que podíamos esperar para que dicho constructo tuviera valores mayores cuando la estructura de la inteligencia emocional fuera mejor y viceversa. La última subtabla demuestra que las correlaciones iniciales entre las variables se mantienen cuando ellas se ven a través de los factores.

La información ofrecida en las correlaciones relejadas anteriormente evidencian que la reparación y la claridad se correlacionan positivamente, mientras que concentrarse en la atención emocional ofrece correlaciones negativas que a nuestro juicio se asocia a la presencia de rumiaciones, pensamientos negativos de baja autoestima y otras manifestaciones de pensamientos y vivencian su estado de una manera pesimista, por el contrario la claridad emocional y la capacidad para repararse emocionalmente se ve beneficiada cuando la propia dinámica de la inteligencia emocional permite su empleo en aras de una actitud positiva ante la enfermedad, optimismo y bienestar (Damasio, A. R., 2004).

Tabla 13. Ilustración de los valores del constructo en los grupos.

Ilustración de los valores del constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional									
Grupo con debut en el 2006					Grupo con diagnóstico de más de un año				
Nro.	Atención	Claridad	RepEmo	Constructo	Nro.	Atención	Claridad	RepEmo	Constructo
1	20	35	35	1.2241	1	28	20	15	-0.7734
2	31	20	11	-1.0375	2	19	22	28	0.1825
3	35	22	23	-0.6208	3	20	30	30	0.7231
4	18	31	27	0.7522	4	18	26	33	0.6590
5	16	26	25	0.4396	5	18	33	32	1.0638
6	22	29	35	0.7681	6	16	30	37	1.1371
7	36	21	11	-1.1675	7	15	31	35	1.1647
8	27	25	15	-0.4191	8	17	26	33	0.6976
9	37	20	12	-1.2322	9	20	34	31	1.0126
10	38	19	12	-1.3339	10	19	33	34	1.0994
11	40	20	17	-1.1626	11	24	25	27	0.1417
12	40	22	12	-1.2218	12	16	26	25	0.4396
13	39	20	11	-1.3465	13	33	21	24	-0.5696
14	37	24	13	-0.9426	14	19	33	31	0.9881
15	26	26	30	0.2388	15	19	37	36	1.4260
16	40	20	10	-1.4222	16	17	25	36	0.7457
17	38	19	10	-1.4081	17	25	20	17	-0.5834
18	35	23	26	-0.4465	18	16	35	36	1.4156
19	37	20	14	-1.1580	19	17	31	33	1.0133
20	39	18	11	-1.4728	20	18	30	35	0.9857
Media	32.6	23.0	18.0	-0.6485	Media	19.7	28.4	30.4	0.6485
DesvEst	8.0	4.5	8.7	0.8600	DesvEst	4.5	5.2	6.2	0.6540

Estructura de la Inteligencia Emocional (constructo)



Test de muestras independientes

	Test de Levene para igualdad de Varianzas	t-test para igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (2-colas)	Diferencia media	Error Est. de la Diferencia	Intervalo de confianza 95% de la diferencia	
									Mínimo	Máximo
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Igualdad de varianzas asumida	2.354	.133	-5.368	38	.000	-1.2969	.2416	-1.7860	-.8078

En la Tabla 13 se ilustran los valores de este factor, junto con el de las variables originales en cada paciente de la muestra. Se puede observar claramente que el constructo es positivo cuando la atención es menor, la

claridad es mayor y la reparación emocional también mayor. Es negativo en el caso totalmente opuesto. Además, ello es así, con independencia de los grupos y podemos entonces percibir las excepciones en estos. Por ejemplo, entre los casos de reciente debut de la enfermedad, predominan los casos con el valor del constructo negativo (media -0.6484), pero hay algunas excepciones, especialmente el caso 1 que efectivamente tiene niveles bastante bajos de atención y bastante altos de claridad y reparación emocional. Recíprocamente en los casos con más años de enfermedad, predominan los casos con el valor del constructo positivo (media 0.6484), pero hay varias excepciones (casos 1, 13 y 17) y véase que todos ellos tienen o un nivel de atención alto o niveles de claridad y de reparación emocional bajos. Ellos son casos, que con el transcurrir de la enfermedad, no han superado su estado inicial.

Los resultados medios del constructo por grupos se visualizan también en los gráficos.

Finalmente, las últimas subtablas demuestran que el valor de este constructo se diferencia significativamente entre los grupos. De hecho la diferencia entre los valores medios (0.6484 y -0.6484) es, según el test de Student, altamente significativa (significación $0.044 < 0.05$) y la diferencia entre las desviaciones estándar (0.8600 y 0.6540) es, según el test de Levene, no significativa (significación $0.133 > 0.05$). Esto quiere decir que como media, a los varios años se mejora la estructura de la inteligencia emocional, y de forma bastante homogénea entre todos los pacientes con VIH.

En general, el constructo aquí elaborado para caracterizar la estructura de la inteligencia emocional de pacientes con VIH o seropositivos, es estadísticamente hablando, bastante mejor que el encontrado en el análisis de la estructura emocional de pacientes de otras enfermedades y reportados anteriormente por este grupo de investigación. De este modo se observa que en los pacientes con VIH con diagnóstico de debut, la estructura de la inteligencia emocional se encuentra más afectada. Estos resultados coinciden con los de una investigación en pacientes con diagnóstico de linfoma (Peñate, 2006).

Además de permitirnos sacar las conclusiones últimas (bastante precisas) la definición del constructo anterior, nos brinda una orientación o guía en el

estudio de correlaciones de dicha estructura con otros factores, lo que responde a los siguientes dos objetivos del trabajo.

Posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional y las características generales socio-demográficas (Tablas 14 a 23)

Tabla 14. Relación entre la estructura de la inteligencia emocional (medida por el constructo) y el sexo de los pacientes

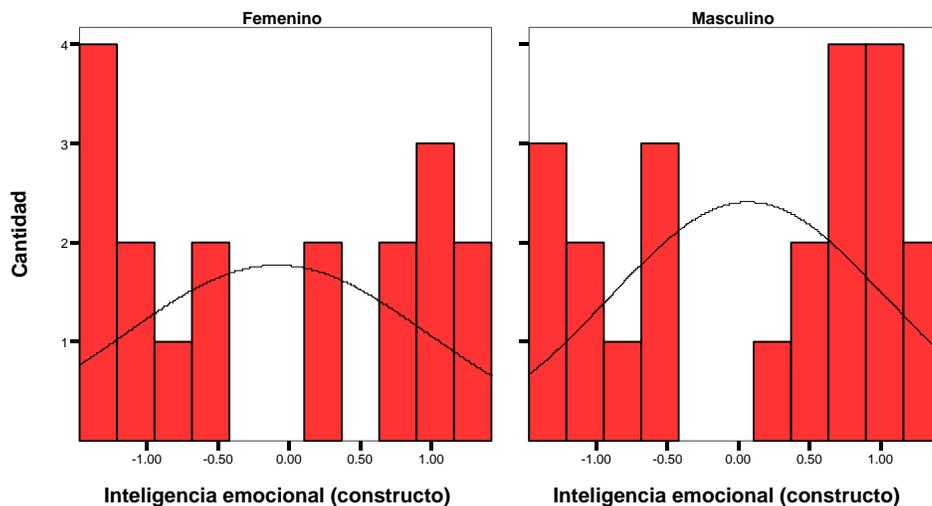
Estadísticas por Grupo

	Sexo	N	Media	Desv. Est.	Error Est. de la Media
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Femenino	18	-.0837	1.0680	.2517
	Masculino	22	.0685	.9606	.2048

Test de muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianzas		t-test para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (2-colas)	Diferencia media	Error Est. de la Diferencia	Intervalo de confianza 95% para la diferencia	
									Mínimo	Máximo
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Igualdad de varianzas asumida	.575	.453	-.474	38	.638	-.1522	.3210	-.8021	.4977

Estructura de la Inteligencia Emocional



En la Tabla 14 se estudia la relación de la estructura de la inteligencia emocional con el sexo. Según las estadísticas descriptivas del constructo (ver tabla 14), las mujeres seropositivas tienden a tener valores menos

satisfactorios que los hombres, pero los test estadísticos no declaran la diferencia entre los sexos como significativa, ni en su media ni en su variación (significación del test de Student $0.638 > 0.05$ y del test de Levene: $0.453 > 0.05$). La no existencia de diferencias significativas del constructo, respecto al sexo fue corroborado además con un test de Mann-Whitney cuya significación fue también mayor que 0.05).

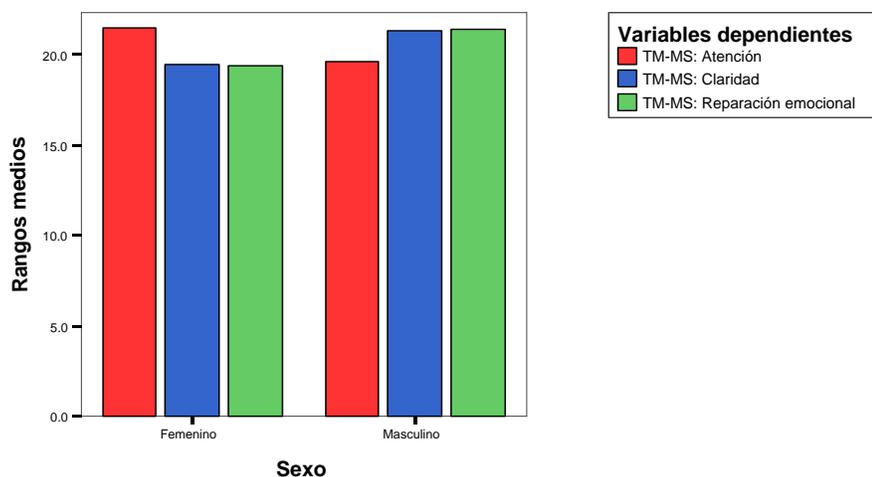
Tabla 15. Detalles de la relación entre las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional y el sexo

Rangos según el test de Mann-Whitney

	Sexo	N	Rango medio	Suma de rangos
TM-MS: Atención	Femenino	18	21.50	387.00
	Masculino	22	19.68	433.00
TM-MS: Claridad	Femenino	18	19.47	350.50
	Masculino	22	21.34	469.50
TM-MS: Reparación emocional	Femenino	18	19.39	349.00
	Masculino	22	21.41	471.00

Rangos según el test de Mann-Whitney

Estadístico: Rango medio



Test estadístico de Mann-Whitney

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
U de Mann-Whitney			180.000	179.500	178.000
W de Wilcoxon			433.000	350.500	349.000
Sig. de Monte Carlo (2-colas)	Sig.		.639 ^a	.622 ^a	.594 ^a
	Intervalo de confianza 99%	Mínimo	.627	.609	.581
		Máximo	.651	.634	.606

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 1314643744.

En la Tabla 15 también se estudia la relación de la estructura de la inteligencia emocional con el sexo. Los detalles, a nivel de las dimensiones originales, se aprecian en dicha tabla y corroboran lo anterior. En efecto parece ser, que las mujeres tienen rangos medios mayores de atención; y rangos medios menores en claridad y recuperación emocional, pero su diferencia con los hombres no llega a ser significativa en ninguna de las tres componentes (significaciones 0.639, 0.622, 0.594 respectivamente). Definitivamente, de los datos de la muestra no tenemos ninguna razón para concluir que existan diferencias en la estructura de la inteligencia emocional de los pacientes de VIH de diferente sexo.

Es considerable observar cómo a pesar de que las diferencias no son significativas entre ambos sexos, la incidencia mayor es en el sexo femenino, o sea la manifestación de una alta atención a las emociones, mientras en las dos siguientes escalas, claridad y reparación, el nivel disminuye, lo que hace que este sexo sea más vulnerable al desajuste emocional, manifestándose la disminución de la disposición para generar nuevas estrategias de afrontamiento y menos flexibilidad para adaptar las antiguas a las nuevas situaciones (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999). Desde el punto de vista de género, lo podemos interpretar además de acuerdo con los estereotipos y patrones sexuales que han sido establecidos dentro de nuestra cultura, resultando una entidad rígida, cuya falta de flexibilidad y establecimiento de códigos, ocasiona que sea en el sexo femenino que aparezcan los mayores malestares y desajustes psicológicos (Orlandini, 1994).

Tabla 16. Relación entre la estructura de la inteligencia emocional (medida por el constructo) y el nivel de escolaridad

Estadísticas descriptivas

Variable dependiente: Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

Nivel de escolaridad	Media	Desv. estándar	N
9no. Grado	.1312	1.1050	13
Grado 12 o TM	-.0909	.9724	25
Universitario	.2834	1.0322	2
Total	.0000	1.0000	40

Test de Levene de igualdad de varianzas

Variable dependiente: Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

F	gl1	gl2	Sig.
.712	2	37	.497

Test ANOVA sobre el efecto de la escolaridad

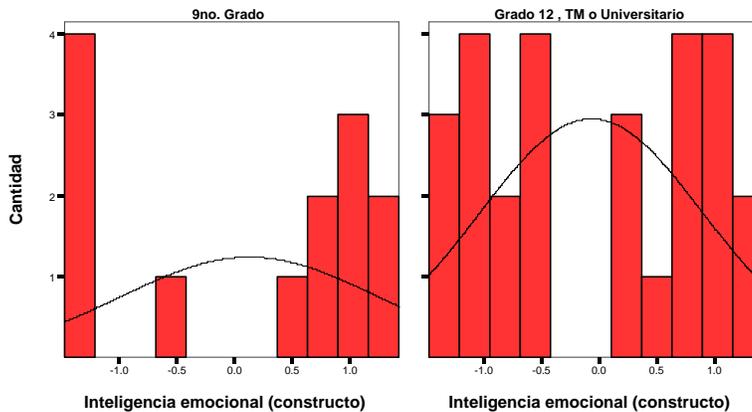
Variable dependiente: Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

Fuente	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrado medio	F	Sig.
Modelo corregido	.591 ^a	2	.295	.285	.754
Intercepto	.170	1	.170	.164	.688
Nivel de escolaridad	.591	2	.295	.285	.754
Error	38.409	37	1.038		
Total	39.000	40			
Total corregido	39.000	39			

a. R cuadrado= .015 (R cuadrado ajustado = -.038)

Estructura de la Inteligencia Emocional

por niveles de escolaridad en dos categorías



Significación de la igualdad de varianzas=0.296 y de la igualdad de medias=0.572

La posible relación con el nivel de escolaridad se estudia en las tablas 16 y 17. En la Tabla 16 se muestran las estadísticas descriptivas de nuestro constructo que reflejan una tendencia parabólica interesante: el valor medio del constructo que resume la inteligencia emocional, parte de valores decorosos en pacientes de 9no. Grado, decrece en pacientes de grado 12 o equivalente, y finalmente se eleva en unos pocos pacientes de nivel universitario. Con todo, la diferencia no es significativa (significación 0.754). La tendencia parabólica no está suficientemente justificada porque el número de pacientes con nivel universitario es muy bajo (debido a que estos pacientes tienen la especificidad de estar en anonimato o ser confidenciales). El subgráfico inferior de la Tabla 16 une los casos de grado 12 con universitario; pero ayuda a comprender que

no necesariamente la estructura de la inteligencia emocional está relacionada con el mayor nivel educacional, al menos en este tipo de pacientes.

Estos resultados coinciden con la mayoría de las investigaciones y planteamientos en la literatura donde se pone de manifiesto que la inteligencia emocional tiene poco que ver con el coeficiente intelectual (Goleman, 1995)), el cual esta exclusivamente asociado a la esfera académica o nivel escolar. Con ello no se excluye que un nivel de escolaridad más alto incrementa la gama de posibilidades que favorecen la inteligencia emocional (Jansovec, 2004 y Peñate, 2006).

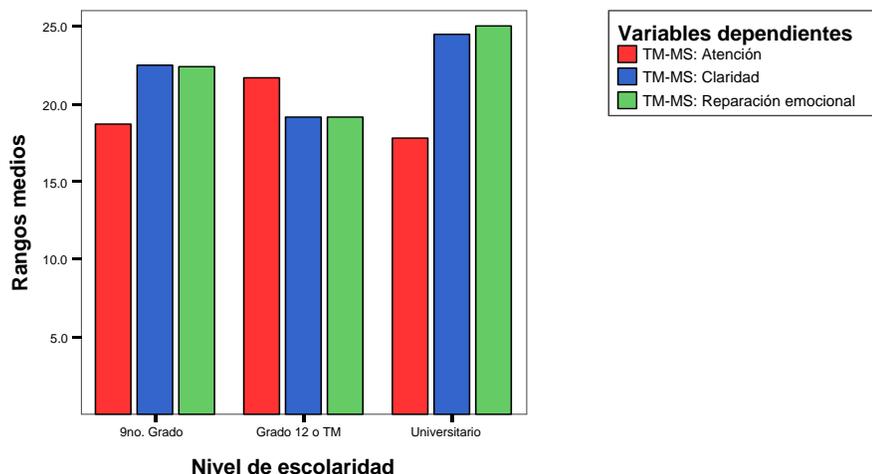
Tabla 17. Detalles de la relación entre las dimensiones de la estructura emocional vs. El nivel de escolaridad de los pacientes

Rangos medios según el test de Kruskal-Wallis

	Nivel de escolaridad	N	Rango medio
TM-MS: Atención	9no. Grado	13	18.73
	Grado 12 o TM	25	21.64
	Universitario	2	17.75
TM-MS: Claridad	9no. Grado	13	22.46
	Grado 12 o TM	25	19.16
	Universitario	2	24.50
TM-MS: Reparación emocional	9no. Grado	13	22.42
	Grado 12 o TM	25	19.14
	Universitario	2	25.00

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

Estadístico : Rango medio



Test estadístico de Kruskal-Wallis

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Chi-cuadrado			.649	.940	.990
gl			2	2	2
Sig. de Monte Carlo	Sig.		.738 ^a	.651 ^a	.634 ^a
	Intervalo de confianza	Mínimo	.726	.639	.621
	99%	Máximo	.749	.663	.646

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 743671174.

Precisando dimensiones de la inteligencia emocional en la Tabla 17, se aprecia que los rangos medios de Atención son bajos en pacientes de 9no. grado, y también del nivel universitario, y son inferiores al de grado 12 o equivalente. Por su parte, la Claridad y la Reparación Emocional adquieren rangos medios superiores en 9no. Grado equiparables también con los pacientes de nivel universitario y superiores a los pacientes de grado 12. Estas tendencias estimulan a formular conjeturas de carácter parabólico, pero de los datos de la muestra, no tenemos razones suficientes para suponer que haya diferencias significativas en la estructura de la inteligencia emocional según el nivel de escolaridad.

Tabla 18. Posible relación de la estructura de la inteligencia emocional con la edad de los pacientes

Correlación entre la edad y el constructo que mide Estructura de la inteligencia emocional

			Estructura de la inteligencia emocional (constructo)
Tau_b de Kendall	Edad	Coefficiente de correlación	.144
		Sig. (2-colas)	.195

Correlación entre la edad y las componentes de la Estructura de la inteligencia emocional

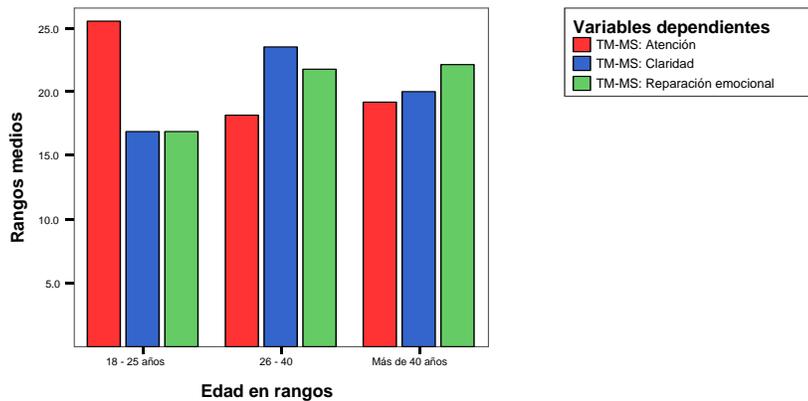
			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Tau_b de Kendall	Edad	Coefficiente de correlación	-.218	.146	.195
		Sig. (2-colas)	.055	.204	.086

Rangos medios según el test de Kruskal-Wallis

	Edad en rangos	N	Rango medio
TM-MS: Atención	18 - 25 años	11	25.50
	26 - 40	16	18.16
	Más de 40 años	13	19.15
TM-MS: Claridad	18 - 25 años	11	16.82
	26 - 40	16	23.47
	Más de 40 años	13	19.96
TM-MS: Reparación emocional	18 - 25 años	11	16.86
	26 - 40	16	21.72
	Más de 40 años	13	22.08

Rangos medios según el test de Kruskal-Wallis

Estadístico: Rango medio



Test estadístico de Kruskal-Wallis

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Chi-cuadrado			2.841	2.176	1.480
gl			2	2	2
Sig. de Monte Carlo			.247 ^a	.340 ^a	.485 ^a
Sig.					
Intervalo de confianza 99%			Mínimo .236	.327	.472
			Máximo .258	.352	.498

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 221623949.

En la tabla 18 se muestra también la relativa independencia de la estructura de la inteligencia emocional respecto a la edad. Realmente la correlación entre el constructo de inteligencia emocional y la edad no es significativa (significación $0.195 > 0.05$). Tampoco son muy altamente significativas las correlaciones entre la edad y las dimensiones originales medidas por el TM-MS; pero aparecen correlaciones al menos medianamente significativas y por tanto interesantes (significaciones no menores que 0.05 pero menores que 0.10). Así, la atención tiende a disminuir con la edad (significación 0.055) y la reparación emocional tiende a incrementarse con la edad (significación 0.086)

Si se trata la edad en rangos, se muestra otra expresión de la tendencia descrita, aun cuando no sea tampoco estadísticamente significativa. En particular véase como los rangos medios de la Atención tienden a decrecer con la edad mientras que los rangos medios de la Reparación Emocional, se incrementan con esta. Lamentablemente no se tienen suficientes casos para corroborar estadísticamente esto.

Tabla 19. Posible relación de la estructura de la inteligencia emocional (medida por el constructo) respecto al estado civil de los pacientes

Estadísticas descriptivas

Variable dependiente: Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

Estado civil	Media	Desv. Est.	N
Casado o unión consensual	-.0911	.9819	14
Soltero	.0672	1.0108	19
Divorciado	-.0002	1.1454	7
Total	.0000	1.0000	40

Test de Levene de igualdad de varianzas

Variable dependiente	F	gl1	gl2	Sig.
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	.112	2	37	.894

Test ANOVA sobre el efecto del estado civil

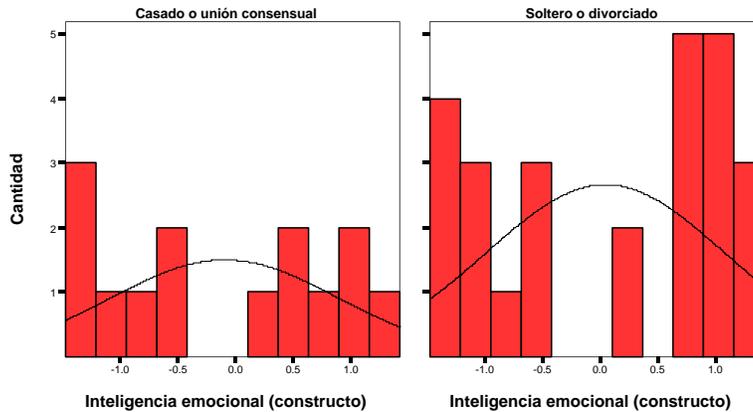
Variable dependiente: Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

Fuente	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Cuadrado medio	F	Sig.
Modelo corregido	.202 ^a	2	.101	.096	.908
Intercepto	.002	1	.002	.002	.964
Estado civil	.202	2	.101	.096	.908
Error	38.798	37	1.049		
Total	39.000	40			
Total corregido	39.000	39			

a. R cuadrado= .005 (R cuadrado ajustado = -.049)

Estructura de la Inteligencia Emocional

por estado civil en dos categorías



Significación de la igualdad de varianzas=0.652 y de igualdad de medias=0.678

En las tablas 19 y 20 se analiza la estructura de la inteligencia emocional de acuerdo al estado civil de los pacientes. Hay al parecer, una mejor media del constructo entre los solteros (0.0672) que entre los casados (-0.0911) y los divorciados (-0.0002), pero el Análisis de varianza demuestra que esta diferencia no puede considerarse significativa (significación 0.908) y el test de Levene demuestra que tampoco hay diferencias en la variabilidad (significación 0.894). Todo ello se confirmó con un análisis de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis. Incluso si se dicotomiza la variable “estado civil” distinguiendo solo “casados o en unión consensual” y “solteros o divorciados”, tampoco aparecen diferencias significativas en el constructo que mide la inteligencia emocional (significación 0.678, ver gráfico final de Tabla 19).

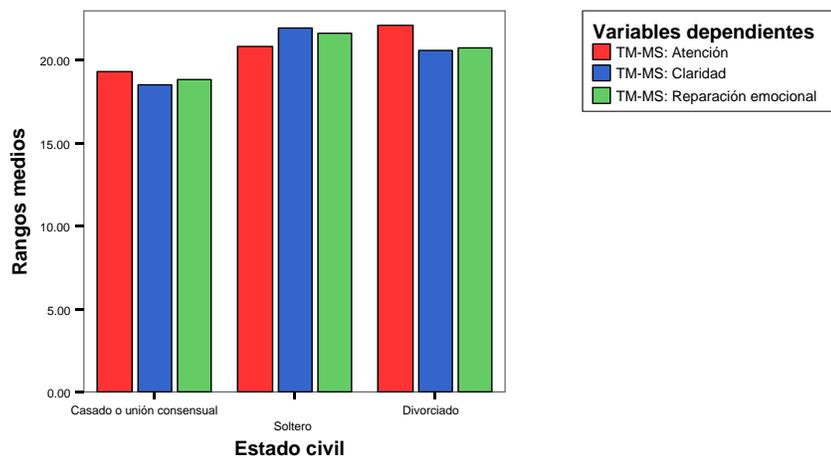
Tabla 20. Detalle de las posibles relaciones entre las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional con el estado civil de los pacientes

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

Estado civil		N	Rango Medio
TM-MS: Atención	Casado o unión consensual	14	19.29
	Soltero	19	20.82
	Divorciado	7	22.07
TM-MS: Claridad	Casado o unión consensual	14	18.50
	Soltero	19	21.95
	Divorciado	7	20.57
TM-MS: Reparación emocional	Casado o unión consensual	14	18.86
	Soltero	19	21.63
	Divorciado	7	20.71

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

Estadístico : Rango Medio



Test estadístico de Kruskal-Wallis

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Chi-cuadrado			.293	.710	.459
gl			2	2	2
Sig. de Monte Carlo			.865 ^a	.717 ^a	.803 ^a
Intervalo de confianza 99%					
Mínimo			.856	.705	.793
Máximo			.874	.729	.813

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 1335104164.

En la Tabla 20 se confirma que no hay diferencias significativas ni tendencias marcadas en ninguna de las dimensiones de la inteligencia emocional respecto al estado civil, y en particular se ratifica la no distinción entre “solteros” y “divorciados”, por los rangos medios similares de Atención, Claridad y Reparación emocional, al menos, al nivel de esta muestra.

Tabla 21. Posible relación de la estructura de la inteligencia emocional (medida por el constructo) respecto a la variante sexual de los pacientes

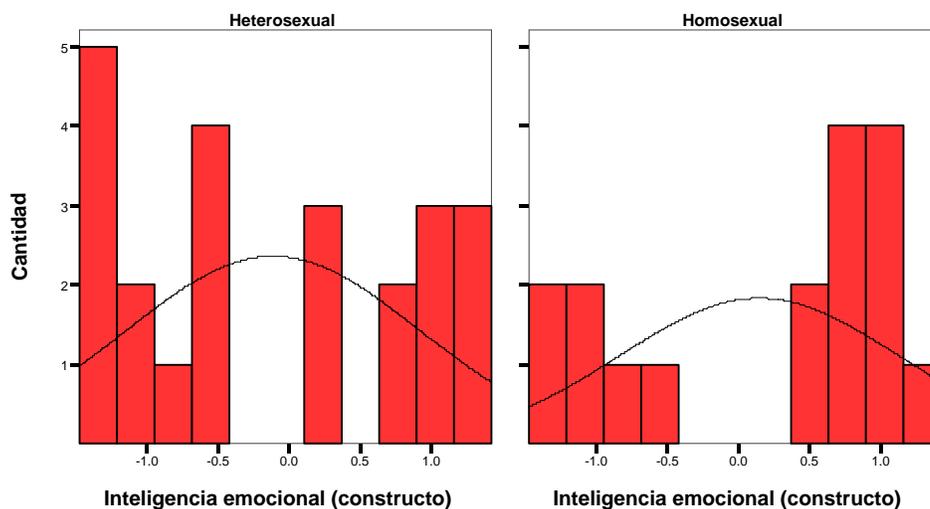
Estadísticas por grupos

	Variante sexual	N	Media	Desv. Est.	Error Est. de la media
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Heterosexual	23	-.1094	1.0250	.2137
	Homosexual	17	.1481	.9759	.2367

Test de muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianzas		t-test para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (2-colas)	Diferencia media	Error Est. de la Diferencia	Intervalo de confianza 95% para la diferencia	
									Mínimo	Máximo
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Igualdad de varianzas asumida	.070	.793	-.801	38	.428	-.2575	.3213	-.9080	.070

Estructura de la Inteligencia Emocional



En las Tablas 21 y 22 se hace un análisis de la posible relación de la estructura de la inteligencia emocional con el comportamiento sexual de los pacientes, este último medido dicotómicamente en las categorías de heterosexual y homosexual. No hay diferencias estadísticamente significativas (significación de la diferencia del constructo 0.428); pero se manifiestan algunas tendencias que pudieran ser objeto de estudio posterior. En particular, la estructura de la inteligencia emocional parece estar más afectada en los heterosexuales que en los homosexuales: medias del constructo -0.1094 y 0.1481 respectivamente y –se insiste- no suficientemente significativas, pero quizás explican alguna tendencia.

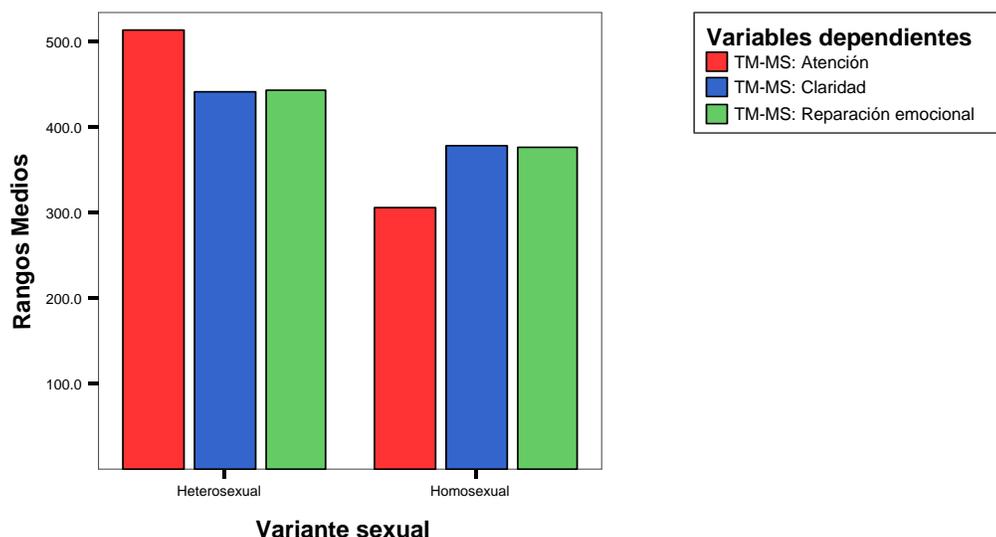
Tabla 22. Detalle de las posibles relaciones entre las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional con la variante sexual de los pacientes

Rangos según el test de Mann-Whitney

	Variante sexual	N	Rango medio	Suma de rangos
TM-MS: Atención	Heterosexual	23	22.30	513.00
	Homosexual	17	18.06	307.00
TM-MS: Claridad	Heterosexual	23	19.17	441.00
	Homosexual	17	22.29	379.00
TM-MS: Reparación emocional	Heterosexual	23	19.30	444.00
	Homosexual	17	22.12	376.00

Rangos según el test de Mann-Whitney

Estadístico: Suma de rangos



Test estadístico de Mann-Whitney

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
U de Mann-Whitney			154.000	165.000	168.000
W de Wilcoxon			307.000	441.000	444.000
Sig. de Monte Carlo (2-colas)	Sig.		.262 ^a	.410 ^a	.467 ^a
	Intervalo de confianza 99%	Mínimo	.250	.397	.454
		Máximo	.273	.422	.480

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 1993510611.

Al analizar los detalles de las dimensiones en la Tabla 22 se puede comprender que entre los heterosexuales hay rangos mucho mayores de la atención y hay también rangos mayores de Claridad y Reparación emocional respecto a los homosexuales. Sin embargo, la diferencia se pronuncia sobre la atención.

El hecho de que la inteligencia emocional parece estar más afectada en los heterosexuales que en los homosexuales (Ver tabla # 21), aunque no es suficientemente significativa, así como que los primeros presentan rangos mayores de atención a sus estados emocionales que los homosexuales, pudiera explicar una tendencia.

Según investigaciones realizadas para evaluar la influencia de diferentes variables psicosociales en el VIH, se encontró que los síntomas de desajuste emocional se presentaban en mayor medida en los sujetos heterosexuales y se plantearon que un factor que puede incidir, es el prejuicio de que solo los homosexuales adquieren el VIH, situación que a nuestro juicio aumentaría la carga emocional que pesa sobre la persona que vive con VIH, dificultando que tanto mujeres como hombres heterosexuales, puedan desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas (Vera-Villaruel, P., Pérez, V., Moreno, E. y Allende, F., 2004).

Por otra parte, hay gran cantidad de estigmas y prejuicios sociales relativos al VIH (Mardones y Reyes, 1991), existe mucho prejuicio y temor hacia quienes se han infectado, debido a que rápidamente se asocia a homosexualidad, promiscuidad o drogadicción (Luco, 1990; ONUSIDA, 1998).

Sin embargo, estos resultados solo nos indican una tendencia, en esta muestra en particular, de modo que es importante investigar esto con mayor detalle.

Tabla 23. Estructura de la inteligencia emocional vs. Ocupación de los pacientes.

Estadísticas descriptivas

Estructura de la inteligencia emocional (constructo)

Ocupación	N	Media	Desv. Est.
Ama de casa	3	-.4085	1.0891
Comercio	4	.2234	1.2378
Construcción	1	-1.3465	.
Cuenta propista	1	-.5833	.
Cuentapropista	5	.0753	.8969
Cultura	2	-.2222	1.3368
Desocupado	11	.4092	1.0692
Estudiante	3	-.9133	.4280
Gastronomía	2	-.0790	1.6162
Lic Enfermería	2	.2834	1.0322
Peluquero	1	.4396	.
Secretaria	1	-.7734	.
Secretario	1	-1.3339	.
Téc. Contabilidad	1	.9881	.
Téc. Eléctrico	1	.1417	.
Téc. Higiene	1	.6976	.
Total	40	.0000	1.0000

Ocupación	Media		
	TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Ama de casa	29.67	23.67	20.33
Comercio	24.00	26.00	27.50
Construcción	39.00	20.00	11.00
Cuenta propista	25.00	20.00	17.00
Cuentapropista	25.20	24.80	26.80
Cultura	28.00	25.50	20.50
Desocupado	23.45	28.64	27.45
Estudiante	34.67	21.67	15.33
Gastronomía	29.00	27.50	22.00
Lic Enfermería	26.00	27.00	29.50
Peluquero	16.00	26.00	25.00
Secretaria	28.00	20.00	15.00
Secretario	38.00	19.00	12.00
Téc. Contabilidad	19.00	33.00	31.00
Téc. Eléctrico	24.00	25.00	27.00
Téc. Higiene	17.00	26.00	33.00
Total	26.13	25.70	24.20

La Tabla 23, última dentro de este grupo, muestra los valores del constructo y de las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional, por ocupaciones. Es puramente descriptiva por las razones ya explicadas antes sobre la variabilidad de la muestra respecto a esta característica

sociodemográfica, pero es curioso que los valores mejores se obtienen en los casos de los desocupados (11 con media del constructo 0.4092) y los empleados de comercio (4 con media del constructo 0.2234).

En resumen, pretendiendo establecer relaciones entre la estructura de la inteligencia emocional en pacientes con 1 o más años de diagnóstico del VIH, no encontramos diferencias significativas respecto a las características socio-demográficas. Realmente, no tenemos datos suficientes para encontrar relaciones significativas; pero se evidencian algunas tendencias, que con muestras mayores pudieran ser comprobadas o rechazadas. En particular, puede parecer que entre estos pacientes:

- En las mujeres se tiende a afectar más su IE que en los hombres por un incremento de la Atención inversamente al incremento en la Claridad y la Reparación Emocional.
- En los pacientes de nivel educacional de “grado 12 o equivalente” se tiende a afectar más su IE que en los de nivel más bajo (9no grado) o superior (universitario), tendencia parabólica interesante, manifestada también a través de las dimensiones de Atención, Claridad y Reparación Emocional
- La estructura de la IE puede tender a mejorar con la edad de los pacientes, superiores a los 25 años. En particular el incremento de la edad puede tender a disminuir la Atención, a mejorar sobre todo la Recuperación Emocional y en cierto sentido, la Claridad.
- La estructura de la IE muestra tendencias a ser peor en Heterosexuales que en Homosexuales, porque en los primeros hay rangos medios mayores de Atención y rangos medios menores de Claridad y Reparación emocional

Se insiste que ninguna de estas asociaciones fue suficiente significativa; pero se formulan como tendencias, para estudios posteriores. Otras características socio-demográficas como el estado civil de los pacientes y la ocupación no parecen posiblemente relacionadas con la estructura de la IE en pacientes de VIH.

Correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de las pruebas psicológicas. (Tablas 24 a 29).

En esta cuarta parte del trabajo se hace un estudio de la correlación entre la estructura de la inteligencia con los resultados de las pruebas psicológicas para responder al tercer objetivo de la tesis.

Tabla 24. Correlaciones entre las pruebas psicológicas. Relación con la inteligencia emocional a nivel de constructo.

Coefficientes de correlación entre las pruebas psicológicas complementarias

			Depresión, (BDI)	Estado de Ansiedad, (STAI-E)	Salud mental, (MH-5)	Escala de satisfacción (SWB)	White Bear Supresion Inventory (WBSI)
Tau_b de Kendall	Depresión, medida por el Beck Depression Inventory (BDI)	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	1.000 .	.530 .000	-.252 .029	-.545 .000	.593 .000
	Estado de Ansiedad, medido por el STAI-E	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	.530 .000	1.000 .	-.322 .005	-.476 .000	.591 .000
	Salud mental, medida por el MH-5	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.252 .029	-.322 .005	1.000 .	.394 .001	-.220 .055
	Escala de satisfacción vital, medida por el SWB	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.545 .000	-.476 .000	.394 .001	1.000 .	-.421 .000
	White Bear Supresion Inventory (WBSI)	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	.593 .000	.591 .000	-.220 .055	-.421 .000	1.000 .

Correlaciones entre las pruebas psicológicas y la estructura de la inteligencia emocional

		Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	
Tau_b de Kendall	Depresión, medida por BDI	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.594 .000
	Estado de Ansiedad, medido por el STAI-E	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.461 .000
	Salud mental, medida por el MH-5	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	.247 .030
	Escala de satisfacción vital, medida por el SWB	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	.461 .000
	White Bear Supresion Inventory (WBSI)	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas)	-.675 .000

En la tabla 24 se estudian las correlaciones no paramétricas entre los resultados de las 5 pruebas. Queda claro en particular que:

- puntuaciones altas en el BDI se corresponden con puntuaciones altas en el STAI-E y el WBSI (significaciones iguales a 0.000) y bajas en el test de salud mental y el SWB (significaciones 0.029 y 0.000 respectivamente).
- puntuaciones altas en el STAI-E se corresponden con puntuaciones altas en el BDI y el WBSI y bajas en el test de salud mental y la escala de satisfacción vital, todas con significaciones menores que 0.05

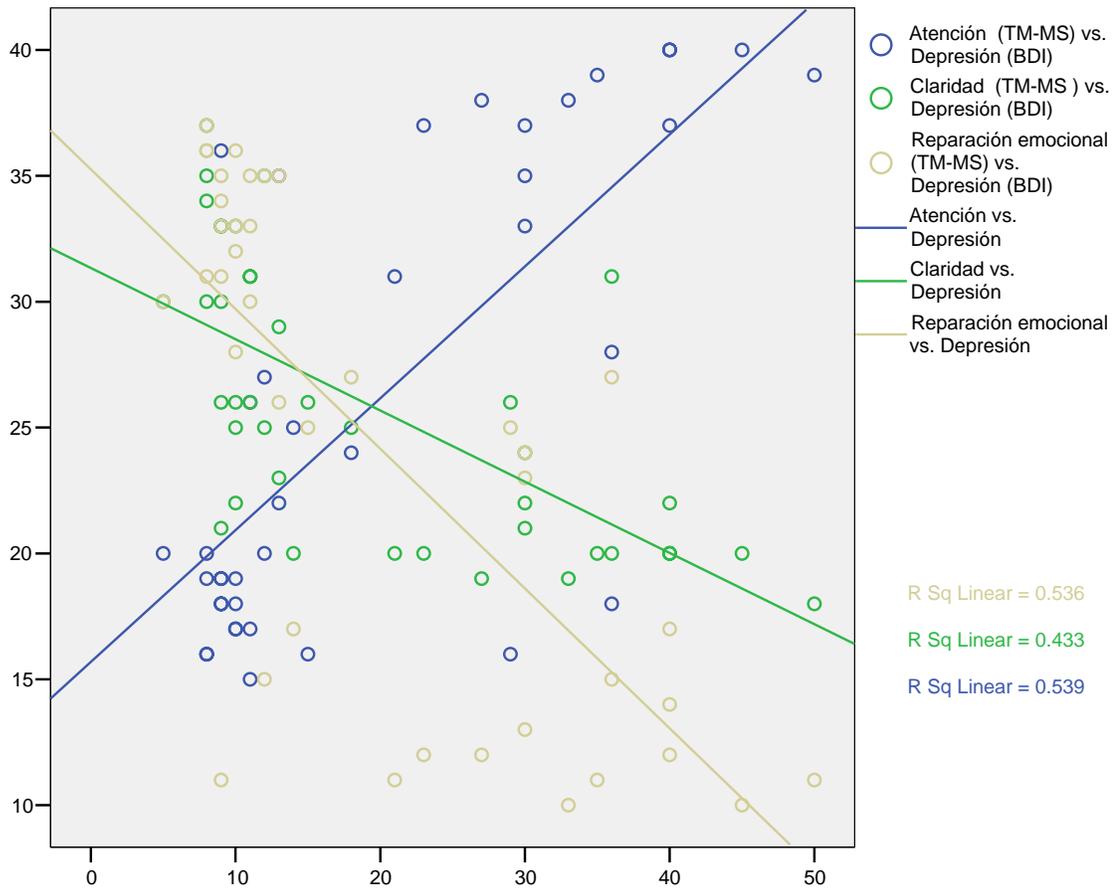
- puntuaciones altas en el test de salud mental se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI (como antes ya se explicó), puntuaciones bajas de la ansiedad (significación $0.005 < 0.05$) puntuaciones altas en la escala de satisfacción ($0.001 < 0.05$) y bajas en el WBSI (esto último de forma medianamente significativa, significación 0.055, no menor que 0.05 pero al menos menor que 0.10)
- puntuaciones altas en la escala de satisfacción vital se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI, el estado de ansiedad y el WBSI, mientras se asocian a puntuaciones altas en el test de salud mental.
- Finalmente, puntuaciones altas en el WSBI se corresponden con altas en el BDI y el STAI-E y bajas en el SWB y el MH-5, esto último de forma medianamente significativa como antes se explicó.

Por otra parte en la misma tabla se observan las correlaciones entre la estructura de la inteligencia artificial medida por nuestro constructo y las 5 pruebas anteriores. Según esta tabla hay una fuerte correlación con el estado de depresión medida por el BDI, el estado de ansiedad y el WBSI (todas altamente significativas y por supuesto correlación negativa), y hay correlación positiva con el estado de salud mental y la escala de satisfacción vital (también significativas)

Investigaciones sobre inteligencia emocional percibida reportan importantes correlaciones. Altas puntuaciones en IE se han asociado con una mejor recuperación ante eventos negativos (Salovey, et al., 1995); menor nivel de estrés ante estresores (Goldman, Kraemer, y Salovey, 1996; Salovey, Stroud, Woolery, y Epel, 2002); mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Martínez-Pons, 1997; Palmer, et al., 2002); mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales, (Salovey, et al., 2002); menor número de pensamientos de venganza y de enfado tras un conflicto (Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001) y mejor calidad de vida relacionada con la salud física y mental (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002) entre otros.

Tabla 25. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el Beck Depression Inventory (BDI)

Correlaciones entre el TM-MS y el Beck			Depresión, medida por el (BDI)
Tau_b de Kendall	TM-MS: Atención	Coefficiente de correlación	.509
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Claridad	Coefficiente de correlación	-.565
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Reparación emocional	Coefficiente de correlación	-.559
		Sig. (2-colas)	.000



Las tablas siguientes detallan e ilustran gráficamente estos resultados a través de las dimensiones originales del TM-MS. En particular la tabla 25 correlaciona las dimensiones con el BDI. Está claro estadística y gráficamente que puntuaciones más altas en el BDI se corresponden con puntuaciones más altas en la Concentración de Atención y más bajas en los niveles de Claridad y Reparación emocional. Tales correlaciones son todas altamente significativas. Estos gráficos no pretenden buscar ecuaciones de regresión pues las

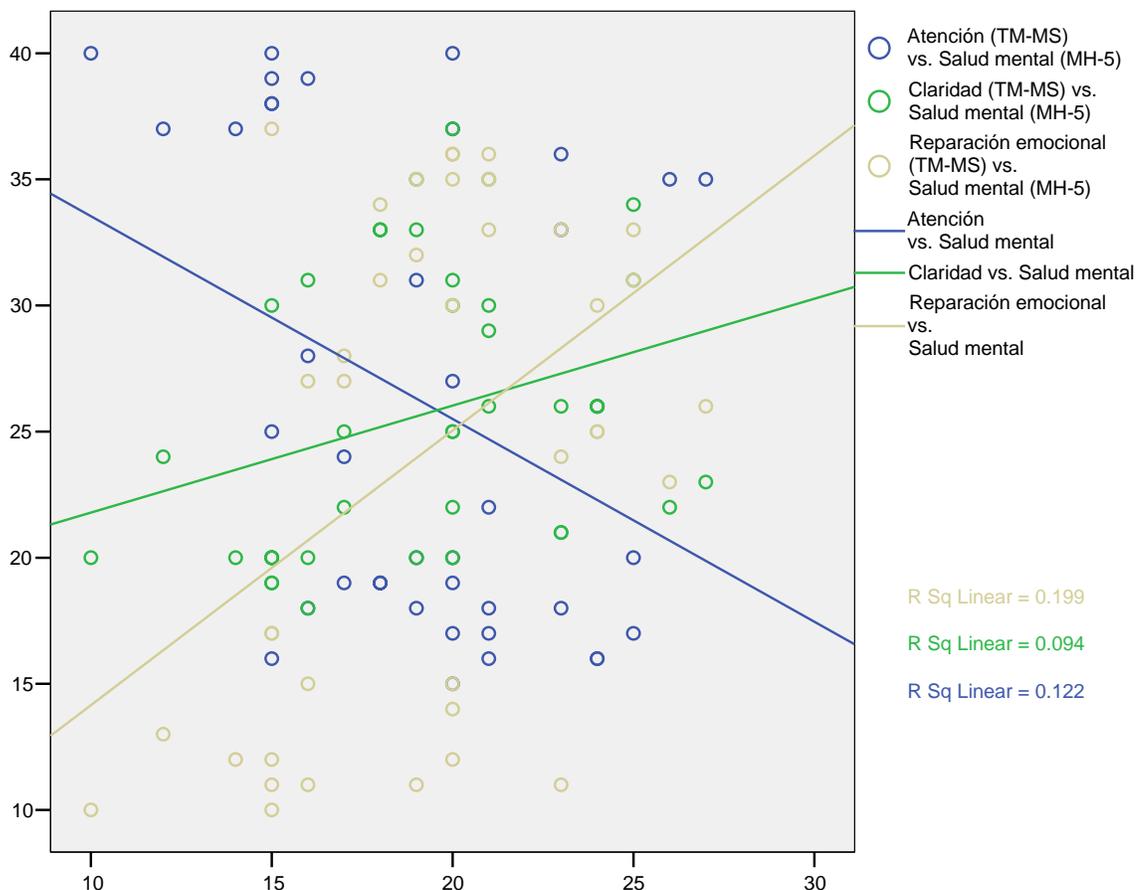
relaciones distan bastante de ser exactamente lineales (hay de hecho oscilaciones). Las rectas sólo pretenden visualizar la tendencia.

La correlación anterior se aprecia en estudios realizados en pacientes neuróticos (Casanova, 2004; Fernández –Berrocal, 1999) y con diagnóstico de linfoma (Peñate, 2006), donde el metaconocimiento de sus estados emocionales (atención, claridad y reparación emocional) incide en la sintomatología depresiva.

En la literatura consultada se evidencian relaciones entre el impacto del diagnóstico de seropositividad y la depresión asociada al mismo, hay evidencias de que dicho impacto, vivido como una gran amenaza para la vida de las personas afectadas, conlleva a que atiendan mucho a sus estados emocionales, intensificándose su sintomatología depresiva, lo cual tiene a su vez repercusiones muy negativas en la progresión del virus, tanto en personas asintomáticas como en aquellas que se hallan en fases más avanzadas de la infección (Alonso, 1999).

Tabla 26. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el test de salud mental (MH-5)

Correlaciones entre el TM-MS y el MH-5			Salud mental, medida por el MH-5
Tau_b de Kendall	TM-MS: Atención	Coefficiente de correlación	-.284
		Sig. (2-colas)	.014
	TM-MS: Claridad	Coefficiente de correlación	.278
		Sig. (2-colas)	.018
	TM-MS: Reparación emocional	Coefficiente de correlación	.270
		Sig. (2-colas)	.019



En la Tabla 26 se hace un análisis similar correlacionando los resultados con el test de Salud Mental. Existe como se podía esperar, una correlación significativa y negativa con la atención y una correlación significativa, positiva con la claridad y la reparación emocional, de manera que a puntuaciones más altas en el test de salud mental se asocia una reducción de la concentración de la atención y una elevación de la claridad y la reparación emocional con niveles de significación del 5% (significaciones todas menores que 0.05).

Estos resultados tienen correspondencia con estudios que plantean la relación existente entre el perfil de las emociones y la expresión de un desajuste emocional con repercusiones en la salud mental del individuo (Salovey, 2001).

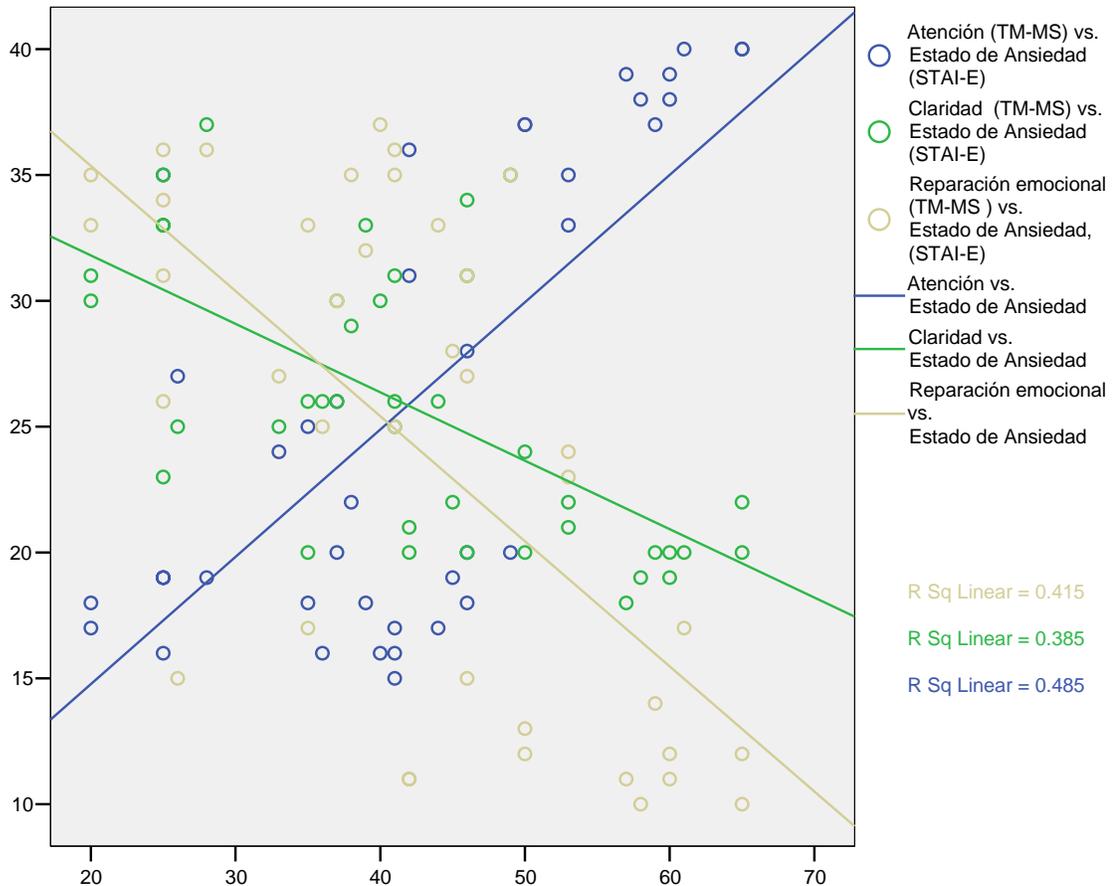
En investigaciones recientes realizadas en pacientes con enfermedades crónicas (Casanova, 2004; Peñate, 2006), se obtienen correlaciones similares.

En el caso de las personas con VIH las manifestaciones psicológicas (ansiedad, estrés, depresión entre otras) que se generan, así como las percepciones de una muerte más próxima y probable que en otras personas,

hacen que se centren en sus estados emocionales y creencias negativas, afectándose la forma en que el sujeto percibe su salud. Es cierto que el VIH conlleva irremediamente a la muerte, sin embargo la salud mental del sujeto es esencial para prolongar su vida con calidad, cuando no hay una adecuada salud mental y bajo esta condición irreversible, se puede generar una estratificación neurótica, al igual que ocurre en las enfermedades crónicas (López, 1983).

Tabla 27. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el Estado de ansiedad (STAI-E)

Correlaciones entre el TM-MS y el STAI-E			Estado de Ansiedad, medido por el STAI-E
Tau_b de Kendall	TM-MS: Atención	Coefficiente de correlación	.510
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Claridad	Coefficiente de correlación	-.441
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Reparación emocional	Coefficiente de correlación	-.452
		Sig. (2-colas)	.000

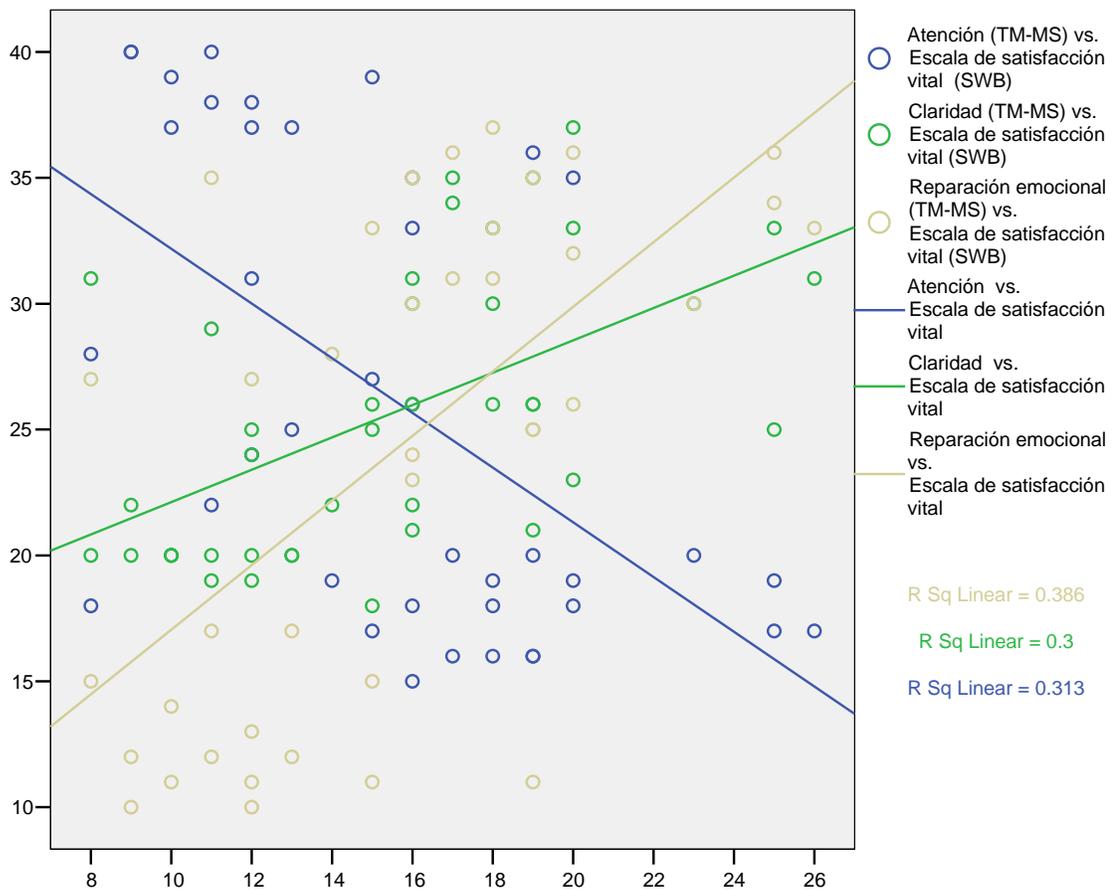


Las correlaciones entre los resultados del TM-MS y el test de ansiedad no resultaron significativas como pudiera esperarse (ver tabla 27). De hecho el gráfico ilustra que en la medida que crecen las puntuaciones del STAI-E se suceden valores bajos altos y bajos de la atención. Situaciones alternantes también se observan para la claridad y la reparación emocional, aunque se mantiene la correlación interna entre estas tres dimensiones, esto es, cuando baja la atención, crece la claridad y la reparación emocional y viceversa.

Estos resultados se corresponden con los de un estudio en pacientes con linfoma Hodkin y no Hohdkin (Peñate, 2006). Sin embargo se contraponen con otras investigaciones en pacientes neuróticos donde se establece una correlación significativa y además negativa entre la ansiedad y la atención, de modo que elevados niveles de atención a sus emociones y sentimientos, se corresponden con elevados niveles de ansiedad, síntoma capital de la neurosis (Casanova, 2004).

Tabla 28. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y la Escala de satisfacción vital (SWB)

Correlaciones entre el TM-MS y el SWB			Escala de satisfacción vital, medida por el SWB
Tau_b de Kendall	TM-MS: Atención	Coefficiente de correlación	-.434
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Claridad	Coefficiente de correlación	.441
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Reparación emocional	Coefficiente de correlación	.440
		Sig. (2-colas)	.000



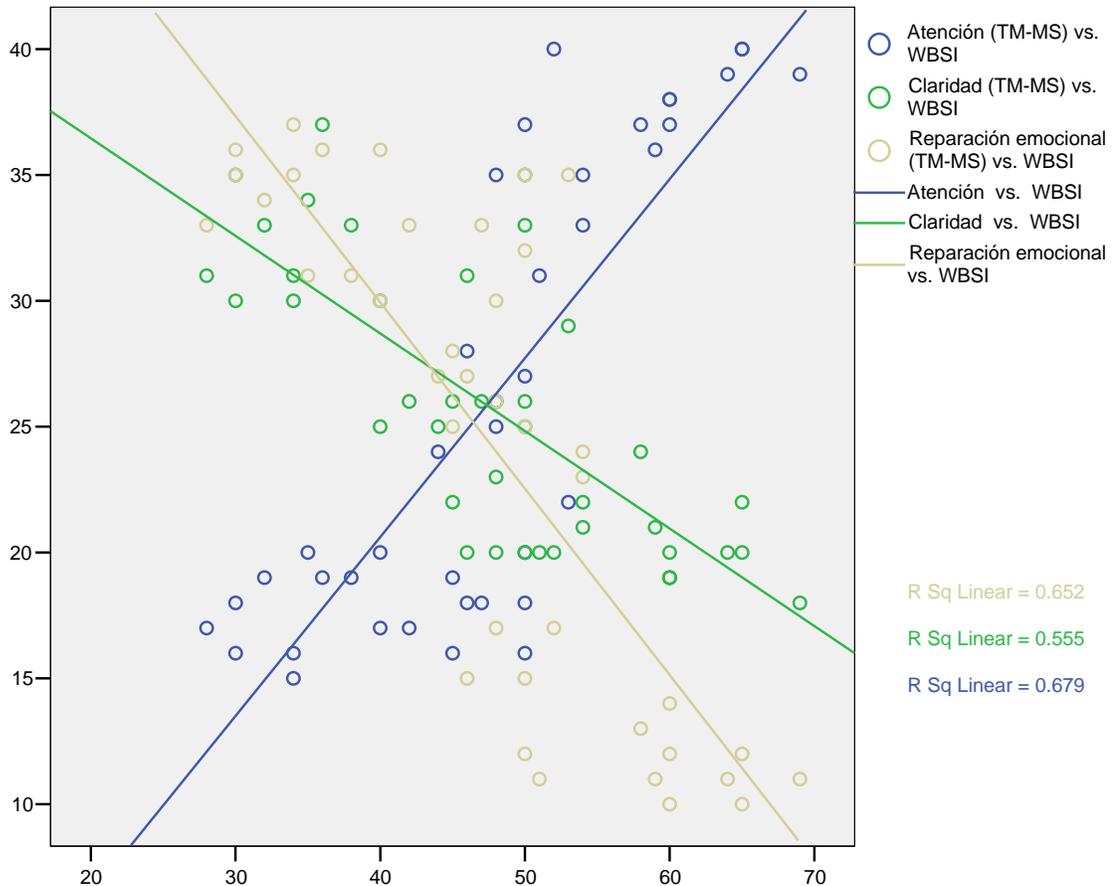
Por su parte, la correlación de las dimensiones con la Escala de Satisfacción Vital se corresponde con lo esperado. Son siempre altamente significativas y en la dirección esperada, e incluso, en el caso de la atención y la reparación emocional llegan a ser altamente significativas. Véase los datos y el gráfico de la Tabla 28.

En los pacientes con VIH frecuentemente se generan mecanismos de inculpación y autorreproches por la adquisición del virus, todo ello, unido a manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés atenta contra la satisfacción vital de estas personas, limitando sus aspiraciones y su calidad de vida. En la literatura se plantea que la morbilidad psicológica en pacientes asintomáticos infectados por VIH, está asociada a un patrón de comportamiento caracterizado por convencimiento de progresión de su patología, irritabilidad, disforia, percepción psicológica de estar enfermo y baja negación, en tanto que la capacidad individual para expresar emociones, niveles adecuados de apoyo social y bajos niveles de depresión, influyen en una mejor adaptación a la enfermedad (Grassi L, Righi R, Makoui, Sighinolfil L, Ferri S, Ghinelli F, 1999).

Estos resultados indican que en la medida en que las personas que viven con VIH atienden más a sus estados emocionales y percepciones en torno a su condición, limitan su capacidad de reparación de estos estados emocionales y por tanto, su satisfacción vital y su calidad de vida.

Tabla 29. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el WBSI

Correlaciones entre el TM-MS y el WBSI			White Bear Supression Inventory (WBSI)
Tau_b de Kendall	TM-MS: Atención	Coefficiente de correlación	.665
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Claridad	Coefficiente de correlación	-.570
		Sig. (2-colas)	.000
	TM-MS: Reparación emocional	Coefficiente de correlación	-.645
		Sig. (2-colas)	.000



Por último, en el caso del WSBI se nota que puntuaciones altas se corresponden con puntuaciones altas de la atención, de forma altamente significativa. La tendencia es también a que tales puntuaciones altas del WSBI se corresponden con bajas en la Claridad y la Reparación emocional, como podía esperarse, pero las correlaciones, aunque son negativas no llegan a ser estadísticamente significativas. Tabla 29.

La supresión de los pensamientos es uno de los muchos intentos de la mente de controlarse a si misma, es decir, un tipo de control mental (Wenger y Wenzlaff, 1995), sin embargo ideas y sucesos mentales que ocurren inesperada y repetitivamente son evaluados por el sujeto como molestos y dan lugar a rumiaciones mentales (imágenes, impulsos, pensamientos verbales o recuerdos recurrentes).

Los planteamientos en la literatura se corresponden con la correlación establecida, y en investigaciones respecto al VIH, también se ha hallado una relación de ambos parámetros con los CD4. Así algunos autores han hallado que a medida que los pacientes atienden más a sus emociones, poseen

creencias negativas sostenidas (rumiaciones) y el proceso de deterioro producido por el VIH se acelera provocando una rápida disminución de los CD4, aunque no se prevea un diagnóstico de SIDA (Segerstrom, Taylor, Kemeny, Reed y Visscher, 1996; Rabkin y cols, 1997). En ese mismo sentido, Segerstrom y cols. (1996) hallaron que las atribuciones y creencias negativas sobre el propio proceso de enfermedad, en una población de 86 homosexuales seropositivos, correlacionaba con una disminución en los niveles de CD4 durante un periodo de 18 meses.

Algunas de las rumiaciones más reiteradas en estos pacientes se enfocan hacia representaciones de un “futuro incierto”, así como el hecho de no disponer de redes de apoyo suficientes y funcionales para hacer frente a su situación.

En esta parte del trabajo se verifican la predicción de los resultados de correlación entre la estructura de la inteligencia emocional y los restantes test psicológicos.

Resultados adicionales sobre el nivel de inmunidad de los pacientes.

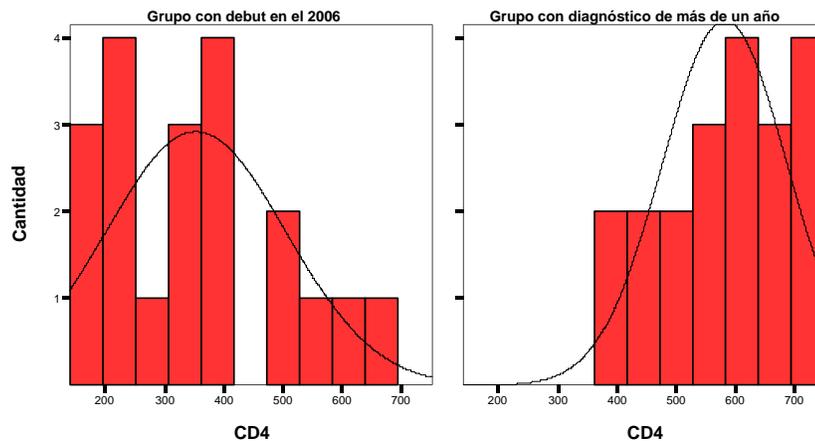
Aunque no formaba parte de los objetivos iniciales del trabajo, se comentan algunos resultados hallados en relación con el nivel de inmunidad, medida por el CD4 en los pacientes de ambos grupos.

Tabla 30. Nivel de inmunidad, medida por el CD4, en los pacientes de ambos grupos.

Estadísticas descriptivas

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Media	Desv. Estándar	Error Est. de la Media
CD4	Grupo con debut en el 2006	20	352.70	151.545	33.887
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	581.55	105.427	23.574

Nivel de inmunidad



Significación de la igualdad de varianzas=0.087 y de la igualdad de medias=0.000

Rangos medios según el test de Mann-Whitney

Grupos según el tiempo de diagnóstico		N	Rango medio	Suma de rangos
CD4	Grupo con debut en el 2006	20	12.78	255.50
	Grupo con diagnóstico de más de un año	20	28.23	564.50

Test estadístico de Mann-Whitney

			CD4
U de Mann-Whitney			45.500
W de Wilcoxon			255.500
Sig. de Monte Carlo (2-colas)	Sig.		.000 ^a
	Intervalo de confianza 99%	Mínimo	.000
		Máximo	.000

a. Basado sobre 10000 tablas generadas aleatoriamente con semilla de inicio 2000000.

La Tabla 30 muestra los estadísticos descriptivos de esta medición. En particular se observa que en el Grupo con diagnóstico de más de un año, el CD4 arroja puntuaciones medias en rangos mayores y también con una menor desviación estándar (esto es, más homogénea entre los pacientes). La distribución gráfica es clara también en este sentido y la diferencia entre los grupos se comprueba con un test de Mann-Whitney que acusa efectivamente rangos mayores del CD4 en el grupo con diagnóstico menos reciente.

Estos resultados se relacionan con el impacto de seropositividad como evento que marca un desajuste emocional en estos pacientes, generándoles altos índices de depresión, ansiedad y estrés que repercuten en los CD4.

Estudios en la Psiconeuroinmunología sugieren que los citados factores (ansiedad y depresión), pueden tener un importante papel en la progresión de la infección por VIH e incluso que en personas con un diagnóstico de seropositividad reciente, pueden exacerbar la inmunosupresión inducida por el virus, provocando un rápido deterioro de los parámetros inmunológicos como los CD4. (Burack, Barrett, Stall, Chesney, Ekstrand y Coates, 1993 y LaPerriere, Antoni, Scheiderman, Ironson, Klimas, Caralis y Fletcher, 1990).

El hecho de que estas personas conozcan que se encuentran infectados por el virus, puede ser un factor estresante suficiente para producir un estado de inmunodepresión capaz de incrementar el grado de vulnerabilidad a la acción del virus y de favorecer la enfermedad (Bayés, 1988).

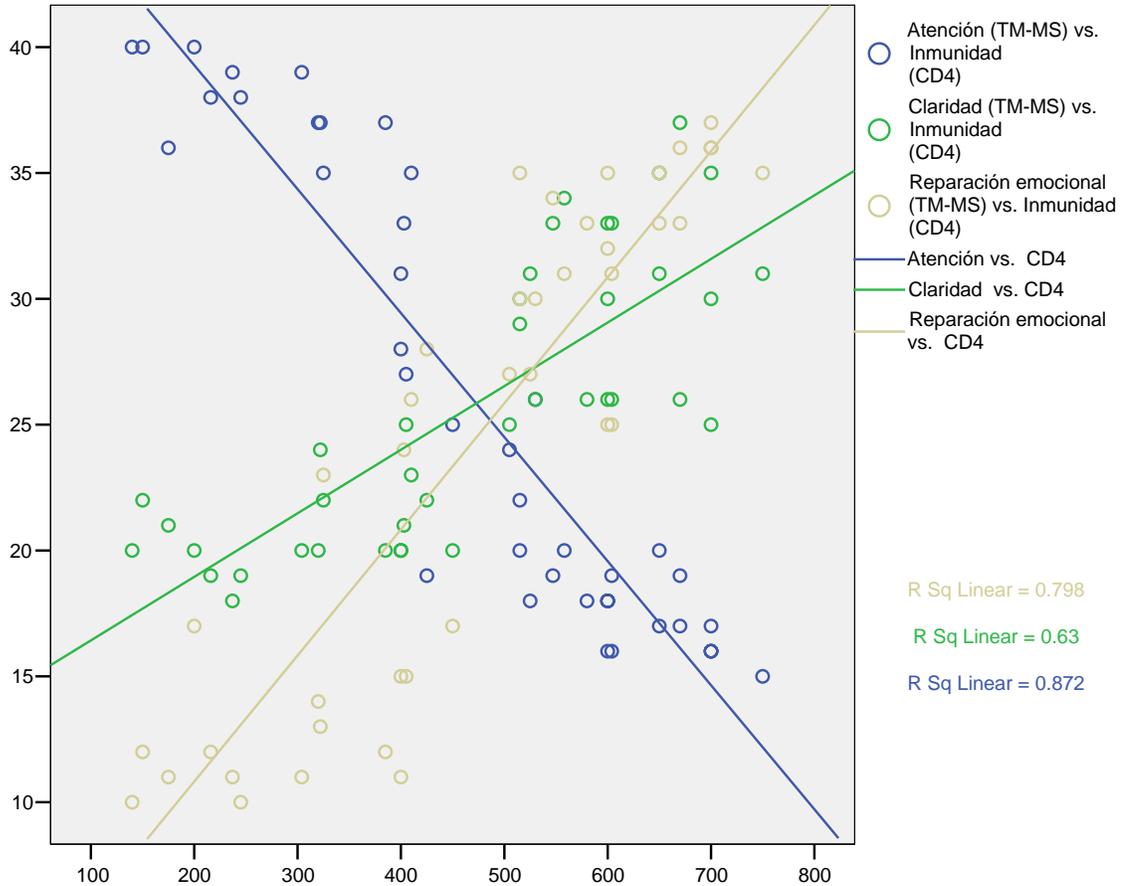
Tabla 31. Posible correlación de la inmunidad de los pacientes con la estructura de la inteligencia emocional

Correlación de la inmunidad con la estructura de la inteligencia emocional, como constructo

			Estructura de la inteligencia emocional (constructo)
Tau_b de Kendall	CD4	Coefficiente de correlación	.762
		Sig. (2-colas)	.000

Correlaciones de la inmunidad con las componentes de la estructura emocional

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Tau_b de Kendall	CD4	Coefficiente de correlación	-.818	.635	.747
		Sig. (2-colas)	.000	.000	.000



En la Tabla 31 se muestra que hay una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional. De hecho, a nivel de dimensiones, altos valores del CD4 se corresponden de forma altamente significativa con bajos valores de la atención y altos valores de la Claridad y la Reparación emocional.

En los pacientes con VIH, en la literatura consultada, hasta el momento no se ha investigado la estructura de la inteligencia emocional ni su posible relación con los CD4. Pero lo cierto es, que numerosas estudios han evidenciando que el desarrollo de la IE se asocia con menores niveles de depresión, ansiedad y estrés, y viceversa (Schutte, 2002); así como la influencia que estos estados negativos ejercen sobre los CD4.

Perry, Fishman, Jacobsberg y Frances (1992) y Rabkin (1997) hallaron que las personas deprimidas presentaban una mayor disminución de la tasa de CD4; mientras que Leserman (1997), demostró que los síntomas de estrés y

depresión producen cambios en medidas del sistema inmunitario sobre todo cuando se presentan conjuntamente.

Basándonos en que la IE supone la habilidad esencial de regular las emociones y por tanto, interrumpir emociones negativas prolongadas como la ansiedad, el estrés, la depresión, los cuales a su vez influyen negativamente sobre los CD4, puede presuponerse que una adecuada estructura de la IE favorece el estado inmunológico del paciente (CD4). En el caso de las personas que viven con VIH, la anterior correlación puede establecerse siempre y cuando se tome como un criterio de exclusión la presencia de enfermedades oportunistas, y se tenga en cuenta que la IE puede mejorar la calidad de vida de estas personas pero no evitar que desarrollen la enfermedad (SIDA) y lleguen a la muerte. Sin embargo, reiteramos nuestra consideración en base a que estas suposiciones sean investigadas en los pacientes con VIH, con el afán de que se obtengan resultados que favorezcan la salud de estas personas.

Estos resultados preliminares sugieren hacer un estudio prospectivo para investigar con más detalle, cómo evoluciona el estado inmunológico y la estructura de la inteligencia emocional en la medida que transcurren más años del diagnóstico. Es de esperar que las tendencias aquí halladas puedan invertirse en la medida que avanza un poco más a la enfermedad y sus consecuencias sobre la inmunidad de los pacientes.

3.2 Análisis Integral de los Resultados

El modelo de inteligencia emocional expuesto por Mayer y Salovey brinda un marco teórico y metodológico a muchos estudios realizados hasta el momento. La presente investigación se ha nutrido de los postulados de dicho modelo, y otros que han surgido a partir de este, como el modelo de Competencias de Goleman, permitiendo ambos una visión más amplia sobre la Inteligencia Emocional que ha servido para enriquecer nuestro trabajo.

Precisamente una de las técnicas más utilizadas en el estudio de la IE fue aportada por el Modelo de Salovey y Mayer. El Trait Meta Mood Scale adaptado (TM-MS 24) por Fernández Berrocal en el 2004, posibilitó un estudio más preciso de la muestra, conformada por 40 pacientes.

Mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida en las diferentes técnicas utilizadas para determinar las particularidades de la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, se constataron las diferencias manifiestas en los dos grupos que conforman la muestra.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de debut, las dimensiones de la inteligencia emocional se caracterizaron por una alta atención a sus emociones correlacionándose de manera significativa con valores bajos de clarificación y reparación emocional, por otro lado, en los pacientes con evolución de más de un año la atención no fue tan elevada y se destacaron niveles altos de clarificación y reparación emocional. La dimensión que más distingue a los grupos es la atención a sus emociones.

Estas diferencias en la estructura de la inteligencia emocional en ambos grupos se justifican si tenemos en cuenta que el impacto del diagnóstico de seropositividad es vivido como un evento vital negativo de repercusión limitante para la vida, que conlleva a un desajuste emocional donde priman percepciones de muerte que restringen sus aspiraciones en un “futuro incierto”. Sin embargo en los pacientes que han convivido más tiempo con el VIH (más de un año), debido a que la inteligencia emocional brinda posibilidades de reaprendizaje, crean estilos de afrontamiento más acertados para adaptarse a su condición permanente de un modo más inteligente desde el punto de vista emocional, garantizando una mejor calidad de vida.

La relación entre IE y las variables sociodemográficas es muy variada. Existe una tendencia a una estructuración de la IE más favorable en los pacientes de sexo masculino; en los pacientes con nivel escolar de noveno grado y nivel universitario, y en los sujetos homosexuales. Por otro lado aunque no se perciben diferencias significativas en cuanto al estado civil y a la edad, en esta última se observa que la atención a sus emociones tiende a disminuir con la misma y la reparación emocional tiende a incrementarse.

Importantes son los resultados que expresan las correlaciones entre la IE y las demás pruebas aplicadas. En el caso de los pacientes con diagnóstico de debut, se observan mayores niveles de depresión, ansiedad, y pensamientos rumiativos que entorpecen su ajuste emocional, evidenciándose alteraciones en su salud mental y su satisfacción vital. Resultados similares se han encontrado en investigaciones realizadas en pacientes con linfoma (Peñate, 2006).

Las consideraciones anteriores evidencian la relación existente entre la forma en que las personas perciben sus estados emocionales y los niveles de ajuste emocional. Sin dudas, el desarrollo de la IE favorece una autorregulación más eficiente de la personalidad, a la vez que constituye un potencial salutogénico. Para las personas que viven con VIH, aún cuando no impide el advenimiento del SIDA y la muerte, es una estrategia prometedora que ofrece habilidades emocionales básicas que garantizan factores protectores ante la progresión del virus.

Modular la emocionalidad, o lo que es igual, alfabetizar nuestras emociones ofrece la posibilidad de formar individuos emocionalmente más competentes en la vida, aumentando sus probabilidades de éxito. Por otro lado, la flexibilidad de la IE, admite su educación a cualquier edad y con ventajas ineludibles para todos los sujetos. La escolarización emocional, como insiste Goleman, comienza desde los primeros pasos conscientes en nuestra vida, pero puede moldearse. En ese sentido, el sujeto es el principal protagonista de su autoaprendizaje emocional, que sin dudas ofrece un devenir en el desarrollo de la personalidad como seres humanos más dignos.

Conclusiones

- Existen diferencias significativas en la expresión de la inteligencia emocional en los pacientes recién diagnosticados y con más de un año de evolución del virus.
- La estructura de la inteligencia emocional en pacientes al debut de la enfermedad se caracterizó por:
 - Elevado nivel de atención a sus emociones y sentimientos.
 - Disminución de la capacidad para clarificar y reparar las emociones.
 - Sensibles dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales.
 - Elevada incidencia de los estilos rumiativos en el afrontamiento a las exigencias vitales.
- Se constató que los pacientes con más de un año de evolución de la enfermedad tiene una estructura de su inteligencia emocional basada en:
 - Bajo nivel de atención a sus emociones y sentimientos.
 - Elevada capacidad para clarificar y reparar las emociones.
 - Dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales.
 - Incidencia de los estilos rumiativos en el afrontamiento a las exigencias vitales.
- Se comprobó que no existe una relación estadísticamente significativa entre los componentes de la inteligencia emocional y las principales variables sociodemográficas estudiadas.
 - Se encontró una tendencia a una mejor estructuración de la inteligencia emocional en los hombres que conformaron la muestra.
 - Se observó una tendencia a una mejor estructuración de la Inteligencia Emocional en los pacientes universitarios y de noveno grado.
 - Se apreció que con el incremento de la edad se hace más nítida la percepción de la Inteligencia Emocional.

- Se constató la tendencia a una mejor estructuración de la inteligencia emocional entre los solteros que entre los casados.
 - Se observó una tendencia a una estructura de la inteligencia emocional más afectada en los heterosexuales que en los homosexuales
- Se encontró elevado nivel de significación en las correlaciones establecidas: A mayor atención del estado emocional y los sentimientos, menor capacidad de clarificación y reparación, así como elevados índices de estilos rumiativos, menos satisfacción vital y disminución de la salud mental en los pacientes con VIH. Por otra parte, la reparación de las emociones correlaciona positivamente con el estado de salud mental y satisfacción vital y de forma significativamente negativa con la depresión y la tendencia a la ansiedad.
- Se observa como hallazgo una correlación positiva y significativa en la puntuación del CD4 con el constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional. Altos valores del CD4 se corresponden de forma altamente significativa con bajos valores de la atención y altos valores de la Claridad y la Reparación emocional.

Recomendaciones

Continuar la presente línea investigativa con el objetivo de profundizar en el estudio de la inteligencia emocional en personas que viven con VIH para una mayor comprensión de su influencia en el estado de salud de las mismas, por lo que se propone la realización de un estudio que refleje la posible relación de la estructura de la inteligencia emocional con el declinar de los CD4.

Proponer las consideraciones teórico-metodológicas asumidas y los resultados de la presente investigación de modo que los mismos contribuyan a la labor asistencial del personal vinculado a estos pacientes.

Se debe profundizar en el estudio de la metodología y las técnicas de evaluación de la inteligencia emocional de modo que se arribe a un mejor conocimiento de su expresión en diferentes estados patológicos y en el curso vital de las personas supuestamente sanas.

Conociendo la importancia de una adecuada estructuración de la inteligencia emocional en las personas que viven con VIH, se hace necesario desarrollar estrategias de intervención que potencien la adquisición de habilidades emocionales imprescindibles en una evolución más humanizada hacia la enfermedad.

Valorando el potencial de la inteligencia emocional en la prevención de diversas enfermedades, se enfatiza en la necesidad de formar al personal médico y paramédico en la adquisición de habilidades emocionales.

Referencias Bibliográficas

1. Ader, R. et al. (1990). *Psychoneuroimmunology*. (2da ed.). San Diego: Academic Press.
2. Aguiló, A. (2006). *Sentimientos e inteligencia emocional*. Obtenido el 12 de enero de 2007, desde <http://www.interrogantes.net/includes/seccion.php?IdSec=153>
3. Albear de la Torre, O. y Lugo, I. (2004). *Conviviendo con VIH: Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba* (2da ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
4. Alfonso, R., Rebollar, M. y Sarduy, C. (2005). *Aprender a prevenir*. La Habana: CENESEX.
5. Alfonso, C. R. (2006, Noviembre 27). Hablemos sobre el SIDA. *Trabajadores*, (51), 15.
6. Álvarez, A, Villalón, M, Amargós, G. M., y otros. (2004). *Viviendo con VIH: Manual para las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba* (2da ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
7. Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral* (Vol. II). La Habana: Ciencias Médicas.
8. Arce, M. A. (2006). *Psiconeuroinmunología del estrés en pacientes sometidos a trasplantes de medula ósea autólogo*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara: Ciencias Médicas.
9. Bermúdez, O. (2006). *La Representación Social del Sida en adolescentes riesgos*. Tesis de Licenciatura no publicada, Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.
10. Cabrera, J. A. (2003). *¿Qué entendemos por Inteligencia Emocional?*. Extraído el 9 de enero de 2007, desde <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh1/iejulio.htm>
11. Cabrera, M. (2007, Junio 4). Razón y emoción. *Trabajadores*, (24),5.

12. Casanova, C. L. (2004). *La Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos*. Tesis de Doctorado no publicada, Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.
13. Chóliz M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Extraído el 5 de enero de 2007, desde <http://www.uv.es/=choliz>
14. Cortese, A. (2003). El origen de la Inteligencia Emocional. Extraído el 8 de enero de 2007, desde [\[http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/56/ieor.htm\]](http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/56/ieor.htm)
15. Cortese, A. (2003). ¿Qué es la inteligencia emocional? Extraído el 5 de enero de 2007, desde http://www.Inteligencia_emocional.org
16. Damasio, E. R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo.
17. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La Inteligencia Emocional medidas de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1-12.
18. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la Inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6 (2).
19. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 101-119.
20. Felten, D. et al. (1985). Noradrenergic Sympathetic Innervation of Lymphoid Tissue. *Journal of Immunology*, 135.
21. Fernández, J. M. (2006). Inteligencia emocional: el gran descubrimiento. Extraído el 11 de febrero de 2007, desde <http://www.gestiopolis.com/canales7/rrhh/inteligencia-emocional-en-las-empresas.htm>
22. Fernández-Berrocal, P y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 247-260.
23. Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (8-9).

24. Friedman, H. & Botthby-Kewley, S. (1987). The Disease-Prone Personality: A Meta-Analytic View. *American Psychologist*, 42.
25. Galván, E., de Quesada, E. y Cádiz, A. (1987). *SIDA: Infección-Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. La Habana: Científico-Técnica.
26. Gardner, H. & Hatch, T. (1989). Multiple Intelligences go to school. *Educational Researcher*, 18 (8).
27. Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences*. New York: BasicBooks.
- Giglio, C. (2007). Emociones y salud. Extraído el 15 de febrero de 2007, desde <http://www.isabelsalama.com/Emociones%20y%20salud.htm>
28. Giglio, C. (2007). *La verdad sobre la salud y las emociones*. Extraído el 15 de febrero de 2007, desde <http://apologista.blogdiario.com/tags/EMOCIONES/>
29. Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. (1987). Stress-Associated Depression in Cellular Immunity. *Brain, Behavior and Immunity*, 1.
30. Goleman, D. (1989, 16 Abril). El estilo personal airado. *The New York Times Good Health Magazine*.
31. Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. México: Javier Vergara Editor.
32. Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
33. Goleman, D. (1998). *La Práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
34. González, F. El lugar de las emociones en la constitución social de lo psíquico: El aporte de Vigotsky. Extraído el 13 de enero de 2007, desde http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302000002000006&lng=es&nrm=iso
35. Joseph, R. (1993). *The Naked Neuron: Evolution and the Languages of the Brain and Body*. New York: Plenum Publishing.
36. LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
37. López, H. C. (1983). *Psicopatología clínica*. La Habana: Pueblo y Educación.
38. Llanio, R. y otros. (2005). *Síndromes*. La Habana: Ciencias Médicas.

39. Madrid, N. La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. Extraído el 22 de febrero de 2007, desde <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/emocional.shtml>
40. Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y salud. *Anales de Psicología*, 10 (2), 101-109. Extraído el 12 de enero de 2007 desde, http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/01-10_2.pdf
41. Martínez, F. y Acosta, A. (2003). Cognición y emoción. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 6, 14-15. Obtenido el 12 de Enero de 2007, desde <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022202105/presentacion.html>
42. Martínez, J. (2006). Sobre la inteligencia humana. Obtenido el 13 de enero de 2007, desde <http://www.gestiopolis.com/canales6/mkt/mercadeopuntocom/la-inteligencia-humana.htm>
43. Medina, C. A. Inteligencia Emocional. Extraído el 12 de febrero de 2007, desde <http://www.monografias.com/trabajos15/inteligencia-emocional/inteligencia-emocional.shtml>
44. Mestre, J. M., Guil, M., Carreras, M. y Braza, P. (2000). Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: el caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4). Obtenido el 13 de enero de 2007, desde <http://reme.uji.es/articulos/amestj1961605100/texto.html>
45. Mestre, J. , Fernández Berrocal, P., Guil, R. y Extremera, N. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2), 209-228. Obtenido el 12 de febrero de 2007, desde http://www.rlpsi.org/articulos_2004/vol36_2_2004.pdf
46. Montero, A. M. (2001). *¿Porque no cicatrizan las heridas? Son acaso los recuerdos viejas heridas de todo tipo causadas por el estrés y/o la tristeza*. Obtenido el 15 de enero de 2007, desde <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/15/>

47. Mujica, E., Valdez, J. R., Fernández, M. J. y otros. (2006). *Equipos de Ayuda Mutua para las PVVIH. Manual para el facilitador*. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
48. Ochoa, R, Duque, I., Hernández, M. y otros. (2005). *Manual Metodológico: Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
49. Orlandini, A. (1994). *Psicología del estrés*. Santiago de Cuba: Oriente.
50. Ortiz, B. (1997). Recensión de: El Cerebro Emocional. Obtenido el 12 de enero de 2007, desde <http://reme.uji.es/articulos/aortib173231199/texto.html>
51. Peñate, A. (2006). *Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes con diagnostico de Linfoma*. Tesis de Maestría no publicada, Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.
52. Pérez, F., Álvarez, A., Chacón, L. y otros. (2004). *Conociendo sobre VIH: Manual para médicos de la familia y el personal de salud de Cuba* (2da ed.). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.
53. Pérez, J. (2007, Enero 22). A mi me gusta jugar a los doctores. *Trabajadores*, (4), 7.
54. Roca, R. (2005). *Temas de Medicina Interna* (4ta ed.). (Vol. III). La Habana: Ciencias Médicas.
55. Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
56. Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). *The Intelligence*. United States: Intelligence . p.17, 433-442.
57. Sánchez, M., González, R., Marsán, V. y Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Extraído el 12 de enero de 2007, desde http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22_3_06/hih02306.html
58. Sánchez, J., Duque, I. y Coll, G. (2006). *Manual de capacitación para facilitadores juveniles en educación sobre ITS/VIH-SIDA*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
59. Sánchez, J., Cancio, I., Reymond, V y López, V. (2006). *Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA: Manual*

dirigido a los equipos de atención primaria y secundaria de salud. La Habana: Ediciones Lazo Adentro.

60. Tobón, S. y Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. Extraído el 13 de enero de 2007, desde [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-972076 ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-972076_ITM)
61. Vera-Villarroel, P., Pérez, V., Moreno, E. y Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (001), 55-67.